

La mobilisation sociale contre *Aedes albopictus* Eléments pour la définition d'une stratégie

11 février 2016

Composition du groupe de travail :

Julia BARDES (EHESP), Anne BAUDIN (EID Méditerranée), Bernard CADIOU (EID Méditerranée) Dominique CHANAUD (Ville de Marseille), Cécilia CLAEYS (UMR LPED), Hugues FRADET (Ville de Grenoble), Jean-Louis GELY (EID Méditerranée), François MANSOTTE (ARS Basse-Normandie), Samuel MERLE (Ville de Lyon), Renélie PELAGIE-MOUTENDA (SD/LAV Martinique), Jocelyn RAUDE (EHESP, Président du groupe de travail), Olivier REILHES (ARS Océan Indien, LAV La Réunion), Delphine REY (EID Rhône-Alpes), Hélène THEBAULT (ARS Océan Indien, LAV La Réunion), Nicole VERNAZZA-LICHT (UMR ESPACE).

Contributions et relecture :

Daniel BLEY (UMR ESPACE), Guillaume HEUZE (ARS Corse), Vincent ROBERT (UMR MIVEGEC)

Coordination de l'expertise :

Frédéric JOURDAIN (CNEV), Yvon PERRIN (CNEV).

Le CNEV a été saisi par la Direction Générale de la Santé pour évaluer les différents outils mis en œuvre en matière de mobilisation sociale dans les départements d'outremer, afin de fournir les éléments nécessaires pour la définition d'une stratégie en France métropolitaine.

Deux documents ont été produits en réponse à cette saisine. Le premier document (*La mobilisation sociale contre Aedes albopictus : Inventaire des méthodes, outils et synthèse des expériences*) vise à réaliser un inventaire et une synthèse des pratiques existantes en matière de mobilisation sociale contre les vecteurs de dengue et de chikungunya.

L'analyse critique de ces outils a permis la rédaction du présent document, qui a pour objet la *définition d'une stratégie de mobilisation sociale contre Aedes albopictus en France métropolitaine*. Les approches institutionnelles à promouvoir sont également abordées.

Sommaire

I.	Enseignements tirés de l'inventaire des outils.....	4
1.1.	Une communication en continu et graduée en fonction du niveau de risque rencontré	4
1.2.	L'articulation entre messages généraux et actions de proximité et le recours à la communication sociale.....	5
1.3.	Importance de la coopération entre les différents acteurs impliqués et territoires concernés	6
1.4.	La valorisation des expériences réalisées et le développement d'outils d'évaluation innovants	6
II.	Stratégie de mobilisation sociale	7
1.5.	Cadre organisationnel	7
1.6.	Définir les objectifs comportementaux à promouvoir	9
1.7.	Permettre l'acquisition des connaissances minimales.....	11
1.8.	L'importance de la définition de messages clairs et impactants	12
1.9.	Identifier et convaincre de l'intérêt à agir.....	13
1.10.	Identification des cibles prioritaires	14
1.11.	Identification et mobilisation des relais	17
1.12.	Définir les modes d'action.....	22
1.13.	Définir une stratégie de mobilisation sociale :.....	26
III.	Les approches institutionnelles	34
2.1.	Une meilleure sollicitation de la réglementation actuelle	34
2.2.	Intégrer la problématique « moustique » dans les plans de santé environnementale : les plans santé environnement.....	35
2.3.	Introduction de la problématique moustiques dans les volets sanitaires des études d'impact	36
2.3.1.	Évaluation d'Impacts en Santé (EIS) (source INPES).....	36
2.3.2.	L'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact.....	37
2.4.	Urbanisme et habitat.....	37
2.4.1.	Adaptation des normes du bâti	38
2.4.2.	Les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU).....	41
2.4.3.	Autodiagnostic de présence de gîtes larvaires.....	42
	Conclusion	42
	Références.....	43
	ANNEXE 1 – Principaux publics cibles d'une stratégie de mobilisation sociale	44
	ANNEXE 2 - Relais pouvant contribuer à la mobilisation de différentes cibles.....	46
	ANNEXE 3 - L'importance des professionnels de santé dans le dispositif de mobilisation sociale.....	49

I. Enseignements tirés de l'inventaire des outils

Ce chapitre reprend intégralement les conclusions du document « La mobilisation sociale contre *Aedes albopictus* : Inventaire des méthodes, outils et synthèse des expériences ».

La situation métropolitaine relative à la LAV reste difficilement comparable à celle des territoires d'outre-mer, que ce soit en termes de moyens disponibles, de système de gouvernance ou de situation épidémiologique. En métropole, la prévention des maladies vectorielles est rendue complexe par le peu de moyens, financiers et humains, alloués à la LAV (exception faite de la région PACA), la multiplicité des acteurs et institutions impliqués dans la stratégie de lutte contre le moustique, notamment sur le plan de la prévention et de la communication (ARS, conseil départemental, conseil régional, élus municipaux, opérateurs territoriaux, etc., là où il n'existe outre-mer qu'un seul voire deux opérateurs, ARS et conseil départemental), enfin la difficulté à intéresser et à mobiliser les différents partenaires (collectivités, professionnels de santé, etc.) et les populations sur un risque diffus, probable mais encore non avéré.

Les expériences réalisées outre-mer n'en demeurent pas moins riches d'enseignements, en montrant comment, depuis maintenant une dizaine d'années, se pratique sur le terrain une lutte communautaire pour prévenir ou endiguer les épidémies de dengue, de chikungunya et autres maladies vectorielles sur ces territoires. Les stratégies de LAV se sont, en effet, progressivement orientées vers la prévention et la mobilisation des populations, via de vastes campagnes médiatiques, des programmes d'éducation sanitaire, d'actions collectives et d'animation de réseaux, en cherchant à s'adapter aux nouvelles situations épidémiologiques rencontrées (d'hyper-endémicité dans les DFA ou d'inter-épidémie à La Réunion). Les niveaux très élevés atteints aujourd'hui dans la connaissance du moustique et la compréhension des gestes au sein de ces populations, de même que la pérennité de certaines actions (interventions scolaires, à domicile, opérations *Kass' Moustik*) et leur généralisation à d'autres territoires (opérations Toussaint) sont la preuve que les efforts réalisés en matière de communication et de mobilisation sociale (notamment de partenaires tels que l'Éducation nationale, les communes et les associations) ont progressivement porté leur fruit. Aussi, les objectifs aujourd'hui se situeraient non plus tant dans l'amélioration des connaissances que dans le maintien des acquis. Restent encore, et surtout, le défi et la difficulté d'ancrer la prévention dans les gestes du quotidien. Or, comme observé dans d'autres domaines, notamment l'environnement, les changements de comportements ne sont pas toujours à attendre du côté des valeurs et des attitudes (conscientisation du risque, responsabilisation) mais peuvent, inversement, les précéder, par l'instauration de pratiques routinières permise par des incitations économiques, techniques, infrastructurelles ou sociales (imitation). Les expériences outre-mer, couplées à celles réalisées en métropole, appellent à quatre remarques conclusives.

1.1. Une communication en continu et graduée en fonction du niveau de risque rencontré

Le retour d'expériences outre-mer souligne l'importance de maintenir une communication en continu, ne serait-ce que pour toucher les nouveaux arrivants, mais aussi pour maintenir un état de vigilance constant et préparer la population à toute nouvelle urgence sanitaire. Les stratégies de prévention et de mobilisation déployées en période d'inter-épidémie ont montré l'efficacité de certaines actions, dont la diffusion d'affiches et de dépliants dans les lieux stratégiques, les interventions en milieu scolaire, les visites domiciliaires orientées vers l'éducation sanitaire (cf. La Réunion) ou encore les manifestations annuelles, telles que les opérations Toussaint ou *Kass' Moustik*, essentielles à la remobilisation des réseaux de partenaires et à la réactivation d'une communication grand public. Ces actions se doublent en période d'alerte puis d'épidémie d'une

occupation de l'espace médiatique (communiqués de presse, spots radio puis télé) et d'une mobilisation renforcée des réseaux partenaires (via notamment la formation d'agents communaux) et autres relais d'opinion (associatifs, religieux, etc.), pouvant aller au-delà des cercles d'acteurs traditionnels (cf. les organisations patronales en Guadeloupe). La formation d'agents de proximité pour relayer l'information n'a pas toujours eu les résultats escomptés et vient rappeler l'importance du choix des profils retenus (cf. Guadeloupe, la Réunion). L'utilisation des nouveaux médias reste peu développée. Si les supports électroniques servent à la diffusion de messages d'alertes (mailings, SMS), l'utilisation des réseaux sociaux reste encore une piste à explorer.

1.2. L'articulation entre messages généraux et actions de proximité et le recours à la communication sociale

Les médias, par des communications de type publicitaire notamment, restent un moyen incontournable pour toucher le plus grand nombre (les mass médias, dont la télévision et la radio, demeurent la première source d'information citée). Toutefois les communications médiatiques coûtent cher (cf. Guadeloupe) et ne permettent pas, par des messages de prévention voués à s'adresser à tous, d'atteindre certaines catégories de la population et encore moins de convaincre de la nécessité d'agir. Les actions de proximité (visites en porte-à-porte, événements participatifs, manifestations locales, etc.) de même que le renforcement de réseaux-relais d'opinion (*via* des activités d'animation et de formation) se révèlent à cet égard comme des outils de mobilisation plus pertinents pour convaincre de l'intérêt à agir, toucher de nouveaux publics, démultiplier les actions sur le terrain et promouvoir un sens partagé de la responsabilité. Ce type d'approche est capital dans le contexte socioculturel d'outremer, où la vulnérabilité socio-sanitaire et la grande diversité culturelle et linguistique des populations locales limitent fortement la portée des messages « généraux » de prévention. Si les visites domiciliaires pratiquées à la Réunion semblent prouver leur efficacité, les expériences guyanaises ou martiniquaises tendent, toutefois, à montrer que la communication interpersonnelle réalisée par les agents de LAV ne saurait suffire à la diffusion efficace des messages de prévention, en raison d'obstacles linguistiques mais aussi socioculturels qui maintiennent à distance le discours des experts des préoccupations socio-sanitaires de la population. La recherche de relais non seulement institutionnels mais aussi de type associatif ou social, représentatifs de la diversité socioculturelle territoriale, est alors essentielle pour assurer la médiation entre les acteurs publics et les populations et parvenir à une communication au plus près des publics cibles. En dépit de quelques volontés locales de recourir à la communication communautaire, bien peu d'actions associent les citoyens à leurs programmes, les intègrent dans les modalités de conception et de diffusion des messages de prévention.

Plus généralement, ces actions de proximité sont essentielles dans un pays comme la France, qui, pour des raisons historiques (et religieuses), a nourri une relation particulière entre ses populations et l'Etat, marquée par la toute puissance de l'État providence et le report des responsabilités individuelles vers la puissance publique (très éloignée de l'individualisme protestant et de son éthique de la responsabilité tels que décrits par Weber). Pour contrer les phénomènes de déresponsabilisation et de renvoi des responsabilités, vers le voisinage et plus encore vers la puissance publique, observés aussi bien outre-mer qu'en métropole, les actions de proximité, notamment à l'échelle des quartiers, sont essentielles pour créer du lien social et promouvoir la notion de responsabilité collective partagée.

Au final, il apparaît qu'une communication efficace réside dans sa coordination entre les messages « généraux » et le renforcement de proximité par le travail des relais à forte légitimité (médicaux, associatifs, religieux, etc.), de manière à ce que ces messages agissent en synergie.

1.3. Importance de la coopération entre les différents acteurs impliqués et territoires concernés

La mobilisation et la coordination entre les différents acteurs impliqués (autorités sanitaires, opérateurs de LAV et politiques) et partenaires concernés (Rectorat, professionnels de santé, relais associatifs et religieux) est apparue à chaque fois comme un élément clé pour une réponse rapide et efficace dans la gestion de la crise épidémique. De même que la coopération entre les différents territoires concernés par un même risque vectoriel (cf. Guyane, Mayotte, Guadeloupe) a été une garantie pour limiter l'ampleur de la crise épidémique. Cette coopération entre les différents acteurs institutionnels et à l'échelle des territoires est rendue complexe en France métropolitaine par l'absence d'un cadre de gouvernance précis, permettant un partage des compétences entre les divers acteurs et intervenants concernés, notamment entre les agences de l'Etat en région et les opérateurs de terrain.

1.4. La valorisation des expériences réalisées et le développement d'outils d'évaluation innovants

La valorisation des expériences réalisées dans le champ de la lutte communautaire est essentielle pour promouvoir le développement de tels programmes et orienter les choix stratégiques des politiques de prévention. Elle nécessite, pour cela, un travail renforcé en termes de publication, encore insuffisant dans les départements d'outre-mer, afin d'identifier les éléments favorables ou inversement les obstacles à leur effectivité et/ou durabilité. Plus encore, leur valorisation est conditionnée par la mise en place d'une évaluation régulière des stratégies et programmes d'actions menés, afin d'en apprécier l'efficacité. Cela implique une évaluation des programmes de communication et d'éducation sanitaire, non seulement en termes de mémorisation ou de connaissance, mais aussi en termes de changement durable de perceptions et de comportements dans les populations. Cela implique également la mobilisation d'indicateurs entomologiques et épidémiologiques afin d'évaluer l'impact de ces programmes sur la situation vectorielle et sanitaire. Enfin une analyse de type coûts/bénéfices apporterait la démonstration ultime de la rentabilité des programmes de mobilisation communautaire et de l'intérêt à mettre en place une telle stratégie. Toutefois, l'évaluation du rapport coûts/bénéfices, à la base de toute valorisation, est éminemment complexe en raison de la difficulté, d'une part, à conduire des études de type ERC (études randomisées contrôlées), telles que pratiquées pour le développement des médicaments, dans le domaine de l'éducation sanitaire et, d'autre part, à évaluer l'efficacité d'un programme selon les critères entomologiques ou épidémiologiques, au regard de la multiplicité des facteurs confondants et hexogènes intervenant dans les dynamiques vectorielles et sanitaires (changements climatiques, effets de pluviométrie, etc.). Cela invite, par ailleurs, à définir quels seraient les critères d'évaluation des programmes de prévention et de mobilisation menés (l'amélioration des connaissances, des comportements, des indicateurs entomologiques ou épidémiologiques ; facteurs qui comme le montrent un certain nombre d'études ne sont pas toujours corrélés). Il n'en reste pas moins que l'évaluation gagnerait à voir se développer, en collaboration avec d'autres disciplines, une expertise en économie de la santé, pour concevoir et tester de nouveaux modèles d'analyse médico-économique prenant en compte cette complexité.

II. Stratégie de mobilisation sociale

1.5. Cadre organisationnel

La modification des comportements requiert un effort important sur le long terme, adapté aux spécificités locales et faisant intervenir des relais de proximité (collectivités locales, réseau associatif...). L'efficacité de cette mobilisation nécessite la mise en place d'une stratégie dédiée, basée sur la définition et la mise en place d'actions de fond s'inscrivant dans les champs de la prévention et de la réponse aux situations à risque sanitaire avérées.

La mobilisation sociale¹ revêt une importance capitale en matière de prévention des risques sanitaires liés à la présence de moustiques tels qu'*Aedes albopictus*. En effet, en l'absence de circulation virale, l'action des acteurs sociaux sur la réduction à la source des gîtes larvaires constitue la principale, voire parfois l'unique, modalité de lutte envisageable à grande échelle. Leurs actions doivent être mises en œuvre aussi précocement que possible, par la population, mais aussi par une grande diversité d'acteurs économiques et institutionnels. Elles auront bien entendu un impact sur la nuisance en diminuant la densité de moustiques et donc la pression de pique, mais doivent également être considérée comme un volet à part entière de la politique de réduction des risques sanitaires.

Il est utile de rappeler ici que la mobilisation sociale ne saurait se résumer à une stratégie d'information, d'éducation et de communication (IEC) auprès des seules populations.

L'efficacité et l'efficacité d'une stratégie de mobilisation sociale nécessitent de mobiliser un large panel d'acteurs et de partenaires tant au niveau national que local. Ensuite, la stratégie mise en place doit être **proportionnée** à la situation et s'inscrire dans un cadre organisationnel **cohérent** et **coordonné**.

Le **plaidoyer** auprès des décideurs (ministère de la santé, ARS, préfectures, conseils départementaux, mairies) est une étape clé, indispensable à la mise en place d'une stratégie de mobilisation sociale. Si les décideurs ne sont pas convaincus de l'intérêt de la démarche, il est illusoire que celle-ci puisse s'inscrire dans le temps et que des ressources puissent y être attribuées. En outre, l'exemplarité d'une bonne mise en œuvre de la surveillance LAV par les acteurs institutionnels eux-mêmes dans leur propres bâtiments et espaces verts, accompagné d'une communication sur ces actions, est un facteur essentiel à l'acceptation des messages de sensibilisation adressés aux populations.

Une stratégie proportionnée au niveau de risque et donc évolutive dans le temps

S'agissant du « moustique tigre » *Aedes albopictus*, la mobilisation sociale et les actions de communication préventive sont d'abord mises en œuvre pour lutter contre la nuisance induite par cet insecte. C'est un élément de la lutte intégrée contre ce moustique, qui ne peut être combattu, pour cet objectif, par les moyens insecticides « classiques » utilisés par exemple contre les espèces nuisibles issues des zones humides littorales.

¹ Le concept de mobilisation sociale est développé dans le rapport « La mobilisation sociale contre *Aedes albopictus* : inventaire des méthodes, outils et synthèse des expériences » publié par le CNEV, issu des travaux du même groupe de travail.

De ce fait, cette démarche constitue, au moins dans les territoires dotés d'un dispositif de contrôle de la nuisance, un socle qu'il faut prendre en compte et sur lequel s'appuyer.

Comme pour les autres actions de lutte antivectorielle, la stratégie de mobilisation sociale doit être **graduée** en fonction du risque ; en particulier, des messages complémentaires à ceux préconisant la suppression des gîtes – associés à des comportements précis – devront être diffusés en cas de circulation virale autochtone (protection personnelle, incitation à consulter en cas de symptômes évocateurs). La déclinaison d'actions adaptées à des contextes de circulation autochtone (niveaux 2 et suivants du plan antidissémination) sera d'autant plus efficace que les acteurs clés (en particulier les structures ou personnes relais) auront été sensibilisés, formés et mobilisés en amont, dès le niveau 1.

Un cadre organisationnel à créer

A l'heure actuelle, différentes actions (portées par des collectivités territoriales, des opérateurs publics de déoustication, des ARS) s'inscrivent plutôt dans un cadre de communication du risque. Dans certains territoires, les différentes actions mises en œuvre constituent un ensemble cohérent. En revanche, aucune stratégie opérationnelle n'est définie à l'échelle de la France métropolitaine et les différentes actions mises en œuvre au niveau d'un territoire (région ou département) ne sont que très rarement coordonnées et articulées.

Deux explications à cette lacune peuvent être proposées. La première est qu'*Ae. albopictus* a longtemps été considéré comme une problématique régionale du fait de sa répartition géographique. La seconde est la gouvernance de la LAV. En effet, la question de la compétence et de la responsabilité (et donc du financement) des actions de mobilisation sociale n'est pas clairement définie. Il existe par conséquent une situation de dilution des responsabilités (notamment entre l'Etat et les départements) qui nuit à la définition d'une politique de prévention partagée par les différentes parties prenantes. En particulier, le plaidoyer auprès des principaux décideurs (préfectures, conseils départementaux) est compromis par cette situation.

Les agences régionales de santé, les départements et les communes sont en effet concernés. Les agences régionales de santé ont une mission générale de prévention et de gestion des risques sanitaires. Les communes ont également un rôle de prévention des risques épidémiques et de maintien de l'hygiène et de la salubrité. Par ailleurs, ils occupent une position stratégique d'un point de vue opérationnel en matière d'information, de sensibilisation et de mobilisation de la population générale, soit directement, soit indirectement *via* entre autres le tissu associatif local. Enfin, les départements – et leurs opérateurs publics - sont concernés au premier chef, au titre de leur responsabilité de mise en œuvre de la LAV, dont, comme nous l'avons déjà souligné, la mobilisation sociale doit être considérée comme une composante à part entière.

Malgré les difficultés évoquées précédemment, en particulier celles qui concernent la dilution des responsabilités, les enjeux sanitaires et de bien-être plaident pour la mise en place d'un cadre organisationnel impliquant l'ensemble des parties prenantes. L'efficacité du dispositif nécessite en particulier de définir un échelon territorial pertinent et d'identifier un cadre permettant une telle coordination des actions.

Des outils existants qui pourraient faciliter la définition d'un cadre approprié

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 permet d'apporter des éléments de réponse et tendrait en particulier à suggérer qu'une telle coordination puisse être faite à l'échelle régionale. En effet cette loi a introduit plusieurs dispositions de nature à faciliter la concertation régionale et donc la coordination et la cohérence d'actions en faveur de la promotion de la santé, de la prévention et de l'environnement.

Ainsi, le volet « Prévention et promotion de la santé » du Schéma régional de prévention (SRP) a pour objectif de mieux structurer les activités de prévention au sein de la région en fédérant les acteurs institutionnels et associatifs. Sur la base de ce SRP, la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile rassemble des représentants des différents acteurs cités précédemment et a pour mission, au titre de l'article D. 1432-4 du décret n°2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, de favoriser la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention qui sont financées par chacun de ses membres et déterminer les modalités de leur éventuel cofinancement. On peut également citer la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), et en particulier la commission « prévention », qui joue un rôle majeur dans l'accompagnement du changement sur les questions de santé au niveau régional.

A ce titre, ces outils pourraient s'avérer pertinents pour la mise en place d'une stratégie de mobilisation sociale coordonnée à l'échelon régional, sous réserve de l'efficacité du plaidoyer visant à inscrire cette question comme prioritaire.

1.6. Définir les objectifs comportementaux à promouvoir

Bien souvent en matière de communication pour la LAV, on retrouve mêlé une succession de messages de prévention (élimination des gîtes larvaires, protection contre les piqûres de moustiques, consultation médicale en cas de doute, conseils aux voyageurs, ...) qui, mis bout à bout, peuvent rendre la démarche inaudible, car confuse ou trop complexe, et qui peuvent alors être perçus comme associés à des objectifs de santé publique pas nécessairement partagés par tous. Ainsi, il est fréquent, lors d'opérations de sensibilisation sur le terrain, de faire face à des réactions du type : « *pourquoi me protéger contre les piqûres de moustiques ou consulter mon médecin en cas de doute, en l'absence de circulation virale sur le territoire et donc de risque de contracter la maladie ?* ». La volonté de bien faire, en multipliant les messages de prévention, peut même être contre-productive en générant une confusion à l'origine de réactions de méfiance à l'égard de l'action publique : « *si on me demande de me protéger contre les piqûres de moustiques ou de consulter mon médecin en l'absence de risque de contracter la maladie, c'est donc forcément qu'on me cache quelque chose !* ». Il importe donc d'être particulièrement vigilant sur le choix du ou des objectifs comportementaux à promouvoir, pour garantir une cohérence d'ensemble et un sentiment de faisabilité, impératifs à de bonnes acceptation et appropriation des messages de prévention associés. Bref, en matière de mobilisation sociale, éviter à tout prix le « *Qui peut le plus, peut le moins* ».

Il est par conséquent impératif d'adopter une démarche permettant une adaptation systématique des messages de prévention en fonction des situations entomologique et épidémiologique du

moment et de prioriser les objectifs comportementaux à promouvoir en fonction de la situation entomo-épidémiologique.

En fonction de la situation entomologique, il paraît évident de dissocier clairement les zones dites colonisées par *Aedes albopictus* où l'effort de communication se doit d'être particulièrement poussé, des zones non colonisées où on retrouvera plutôt des modes de communication incitant en particulier au signalement d'*Aedes albopictus*.

En considérant l'ensemble des situations épidémiologiques possibles, on se rend vite compte que le seul dénominateur commun est le message de prévention visant l'élimination des gîtes larvaires. Ce dernier doit être décliné à toutes occasions, étant donné qu'il permet de répondre à un double-objectif :

- diminuer la nuisance,
- diminuer le risque de propagation de la maladie en cas d'apparition de cas importés ou autochtones.

Du coup, il peut être mis en œuvre largement par la population, mais pas forcément pour les mêmes raisons, certains souhaitant vouloir lutter contre la nuisance quand d'autres voudront plutôt agir par crainte de la maladie. Il convient également d'insister ici sur le fait que la mobilisation sociale est une action qui s'inscrit dans le long terme. Il est illusoire de croire que la mise en œuvre des comportements préventifs adaptés puisse se faire dans l'urgence largement et efficacement. Ainsi, tout le travail qui est mené en inter-épidémie permet de mobiliser les relais de mobilisation, de diffuser la connaissance et la pratique de ce geste et de faciliter ainsi la promotion de ces comportements en cas de circulation virale autochtone.

Par contre, en l'absence de circulation virale, les autres gestes de prévention habituellement promus en LAV que sont la protection contre les piqûres de moustiques et la consultation de son médecin en cas de signes ne doivent pas être considérés comme prioritaires, du moins en termes d'objectifs comportementaux du grand public dans le cadre d'une stratégie de mobilisation sociale. De tels objectifs comportementaux doivent être réservés aux seules situations pré-épidémiques ou épidémiques ou pour les personnes au départ ou de retour de voyages en zones à risque.

Il est cependant nécessaire de proposer des éléments permettant de répondre à certaines attentes du grand public sur des questions de protection personnelle. Toutefois, cette réponse se fera sous la forme de la mise à disposition d'une information facilement accessible et relèvera par conséquent d'actions classiques de communication grand public et non d'actions de mobilisation sociale. Néanmoins, des actions sur ces aspects devront cibler les professionnels vers lesquels se tournent naturellement le grand public en attente d'information (pharmaciens par exemple).

De même, l'incitation au signalement des suspicions d'arboviroses ne doit pas non plus constituer une priorité dans une stratégie de mobilisation sociale du grand public en l'absence de circulation virale autochtone. Cela pourrait rapidement engorger le système de surveillance pour un gain en sensibilité probablement faible. Un tel objectif comportemental doit uniquement cibler les professionnels de santé et les voyageurs.

De la même manière, et toujours dans un souci de cibler au mieux les messages de prévention, il conviendra d'être particulièrement vigilant, en cas d'épisodes de circulation virale (hors épidémie généralisée) à s'attacher à ce que les messages de prévention touchent explicitement les territoires effectivement concernés par ces épisodes, l'idée étant qu'en cas de démarrage d'un foyer d'arbovirose à Montpellier, il est a priori contre-productif de demander aux Marseillais ou aux Niçois

de se protéger contre les piqûres de moustiques (et donc la maladie) et de se signaler en cas d'apparition de signe. Dans la suite de ce rapport, la notion de « territoire potentiellement impacté » s'entendra donc au sens de territoire susceptible de connaître sur l'instant ou à court terme une circulation virale (sur la base d'une évaluation des risques à réaliser au jour le jour en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique).

Enfin, il convient de rappeler que les stratégies opérationnelles et de communication, plus que complémentaires, sont intimement imbriquées l'une dans l'autre. Le champ des possibles, sur le plan technique et opérationnel, et les préconisations qui en résultent, pour l'espace public comme pour l'espace privatif, auprès de la diversité des publics ciblés, sont intégrés aux préconisations comportementales – et réciproquement – et doivent être communiqués de concert.

1.7. Permettre l'acquisition des connaissances minimales

Classiquement en matière de prévention, l'appropriation par la population de gestes protecteurs passe nécessairement par une acquisition préalable des connaissances minimales, à même de garantir une bonne compréhension du geste et son intérêt. Ainsi, seul un niveau élevé de connaissances de la population peut permettre d'acquiescer un taux d'adhésion important dans la mise en œuvre des gestes de prévention. Aussi, il convient de lister l'ensemble des informations nécessaires à une bonne compréhension par le public de ce qui est attendu de lui, afin de concentrer son effort de communication sur ces éléments, et en évitant autant que possible d'en décliner encore davantage, au risque une nouvelle fois de rendre le message trop confus ou technique. Dans ce cadre, il est impératif en absence de circulation virale d'apporter les éléments d'information minimum permettant de bien comprendre les risques sanitaires associés au moustique tigre et les gestes de LAV qui seraient demandés en cas de circulation virale et ce afin de préparer la population à avoir un niveau de connaissance suffisant pour percevoir l'intérêt à réaliser ces gestes de protection en cas de démarrage épidémique. Les informations à décliner à la population peuvent être résumées comme suit :

- Le moustique tigre, *Aedes albopictus*, est originaire des régions tropicales, et s'implante progressivement depuis plus de 10 ans sur le pourtour méditerranéen. Il est désormais implanté dans une grande partie de la France métropolitaine,
- Il peut transmettre des maladies telles que le chikungunya, la dengue ou le virus Zika, qui peuvent parfois présenter des formes graves
- Ces maladies ne circulent pas en permanence en métropole. Elles pourraient apparaître suite à l'importation du virus sur le territoire par une personne malade en provenance d'un pays à risque.
- Le moustique tigre pond et se développe dans l'eau stagnante (notion de gîte larvaire). Ses lieux de ponte préférés sont les petits objets et récipients en eau à proximité des habitations (notion de gîtes larvaires),
- Le moustique tigre a un rayon d'action très court (moins de 100 m) – une information impérative pour convaincre de l'appropriation individuelle du geste,
- L'élimination définitive, ou à défaut la surveillance régulière (hebdomadaire), de tous les gîtes larvaires autour de la maison permet de lutter efficacement et durablement contre le moustique tigre et ainsi à la fois de diminuer les nuisances et les risques de propagation de ces maladies.

Au-delà, l'objectif de ce travail de fond peut être également de pré-identifier toutes les fausses idées ou rumeurs pour déployer une communication spécifique pour les contrecarrer (par exemple, une eau qui stagne n'est pas forcément une eau « sale » ou encore, une réserve d'eau utilisée régulièrement est également une eau stagnante). La notion de risque émergent doit être développée pour faire comprendre pourquoi ce sujet devient tout à coup d'actualité alors qu'il ne l'était pas nécessairement par le passé, ce qui justifie et légitime d'autant l'importance des moyens de communication et de mobilisation sociale à présent déployés.

Les moyens pour permettre une bonne acquisition par la population de ces éléments de connaissances passent préférentiellement par des techniques de communication (y compris une communication proactive à l'attention des médias) ou d'éducation. Par contre, il est impératif de bien garder à l'esprit que si ces éléments de connaissance sont un préalable indispensable, ils sont loin d'être suffisants à la mise en œuvre des gestes de prévention par le plus grand nombre. L'étape suivante sera donc, sur la base de ces éléments de connaissance, de convaincre de l'intérêt à agir, et c'est là où la notion de mobilisation sociale prendra alors tout son sens.

1.8. L'importance de la définition de messages clairs et impactants

Un des enjeux majeurs de la mobilisation sociale est de véhiculer des **messages clairs, compréhensibles par le plus grand nombre** et suffisamment impactants. Or, les services en charge de la LAV sont bien souvent contraints de mobiliser un langage technique, difficilement compréhensible par le plus grand nombre. L'exemple le plus criant est la notion de gîte larvaire, décrite selon les situations ou les auteurs comme gîte larvaire, gîte à moustiques, récipient, objet contenant de l'eau, eau stagnante, eau résiduelle, etc ... Aussi, pour contourner cette difficulté dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie de mobilisation sociale régionale ou suprarégionale, l'idée serait de définir une terminologie commune et de l'intégrer progressivement dans le langage courant par effets répétitifs de manière à la rendre de plus en plus usuelle et exempte de toute mauvaise interprétation. A la Réunion par exemple, la notion de « gîte larvaire » a été retenue comme référence, et fait depuis l'objet d'une large communication qui permet effectivement de rendre cette terminologie de plus en plus largement compréhensible.

Il en est de même pour les chartes graphiques et slogans qui, s'ils diffèrent trop ou trop souvent, perdent bien souvent tout le bénéfice acquis par les autres ou précédents. Cette approche « marketing », bien connue dans le monde de la publicité mériterait d'être plus largement adoptée par la LAV, en définissant *a priori* une charte graphique et un slogan communs à tous, qui seraient donc utilisés par toutes les institutions (nationales, régionales, départementales, intercommunales, communales, ...) et créeraient ainsi une cohérence et un effet cumulatif de communication d'ensemble, sans remettre en cause bien sûr la capacité de chacun de combiner au cas par cas ces éléments dans sa propre communication locale.

1.9. Identifier et convaincre de l'intérêt à agir

Il s'agit là d'une étape clé de la mobilisation sociale (WHO, 2004), car, bien évidemment, la population ne mettra en œuvre un geste de prévention qui si elle y voit un intérêt personnel à agir. Une réflexion préalable sur l'identification de l'intérêt à agir paraît donc essentielle, et ce en lien avec la notion de rapport coût / bénéfice. En effet, il est impératif de s'assurer que le coût ressenti d'adoption du geste protecteur, à savoir non seulement le coût financier éventuel, mais aussi et surtout l'effort consenti et les difficultés techniques rencontrées, ne sont pas trop importants par rapport au bénéfice supposé, et qu'en tout cas, ce rapport reste équilibré voire autant que possible avantageux. Ce point est absolument essentiel car si le coût supporté de mise en application du geste préconisé est trop important par rapport au bénéfice envisagé, le risque de refus en bloc devient très important.

Comme on l'a vu précédemment, l'élimination des gîtes larvaires présente un double intérêt : la lutte contre la nuisance et la prévention de la maladie. Mais en métropole, en situation inter-épidémique, la prévention d'une épidémie d'arbovirose représente un enjeu bien trop éloigné des préoccupations du moment pour impulser une action de la population, d'autant plus qu'il est impératif de rappeler régulièrement que la présence du moustique tigre n'engendre pas *de facto* une situation de transmission autochtone. Dans ce cas, le bénéfice envisagé (éviter la maladie) est bien trop faible par rapport à l'effort de prévention qu'il représente et le résultat au final ne pourra être que décevant. Il paraît donc inutile de concentrer un axe de communication fort sur cet enjeu, car à ce niveau, seule une véritable peur de la maladie, et donc un risque jugé très proche (en lien avec une circulation virale dans la zone) pourrait *a priori* réellement influencer sur les comportements.

Reste donc la lutte contre la nuisance qui paraît effectivement un enjeu suffisamment important pour convaincre le plus grand nombre d'agir. A partir de là, il convient de s'appuyer sur la notion de rapport coût / bénéfice, afin d'ajuster au mieux les messages de prévention associés. Ceci est aussi vrai pour les professionnels et les commerçants. Par exemple, il est à ce jour difficile d'interdire aux jardinerie de vendre des soucoupes avec leurs pots. Par contre, un travail de communication pourrait les convaincre d'être partenaires/relais des campagnes sensibilisation LAV, par exemple en vendant du sable pour remplir les soucoupes.

Aussi, l'objectif sera de s'assurer d'un rapport équilibré et si possible avantageux, en diminuant autant que possible le coût et en augmentant au contraire le bénéfice, par exemple comme suit :

<i>Diminuer le coût</i>	<i>Augmenter le bénéfice</i>
Se concentrer uniquement sur les gîtes larvaires considérés à la fois comme les plus présents autour des habitations et les plus faciles à éliminer (soucoupes, vases à fleurs, pneus, réservoirs d'eau de pluie, ...), Eviter les « listes à la Prévert », Ne pas cibler des gîtes qui pourraient être perçus comme techniquement impossibles à éliminer ou pour lesquels les particuliers pourraient considérer	Convaincre que le geste d'élimination des gîtes larvaires peut réellement diminuer fortement les densités de moustiques dans son environnement immédiat et la nuisance associée (efficacité du geste par rapport au bénéfice attendu / notion à développer en lien avec le rayon d'action très court du moustique tigre).

qu'ils n'en ont pas la maîtrise (ces situations seront à traiter en contact direct au cas par cas et non en communication grand public),

Préconiser des gestes en adéquation avec les usages (ex : on peut demander d'éliminer une soucoupe ou un vieux pneu, mais pas une réserve d'eau de pluie utilisée comme telle, qu'on proposera plutôt de couvrir)

Enfin, il est essentiel de replacer l'individu en tant qu'acteur de la lutte, aux côtés bien sûr de l'action publique qui a aussi un rôle de modèle à jouer, et de lui faire porter une responsabilité à la fois individuelle et collective dans l'effort de lutte. Ainsi, dès lors que le geste individuel d'élimination des gîtes larvaires a réellement un effet bénéfique sur la diminution des moustiques et donc les nuisances associées (en lieu avec la notion de rayon d'action du moustique), il conviendra de faire adhérer à l'idée que :

- la démarche est tout d'abord individuelle ; on est souvent détenteur de ses propres situations de prolifération des moustiques et en luttant contre ses gîtes, on diminue sa propre nuisance (notion d'appropriation individuelle de l'enjeu de protection),
- la démarche est aussi collective, ce qui implique qu'en luttant contre les gîtes larvaires, on protège aussi son entourage. De fait, l'appropriation par le plus grand nombre des gestes de prévention permet bien souvent de résoudre des problématiques de nuisance à l'échelle du quartier (notion de quartier en tant que communauté de vie, notion de responsabilité collective partagée). C'est sur ce dernier point que l'approche de mobilisation sociale a probablement le plus de sens et donc de poids.

1.10. Identification des cibles prioritaires

S'agissant d'un programme de prévention de portée générale, la cible d'intervention prioritaire est l'ensemble de la population, l'objectif étant de faire acquérir par le plus grand nombre les gestes de prévention à même de limiter le risque épidémique. Cela vaut notamment pour ce qui concerne l'objectif d'acquisition d'un niveau de connaissances suffisant, y compris en prévision d'une éventuelle situation épidémique. Pour autant, en l'absence de circulation virale, il convient de cibler plus particulièrement les personnes qui ont effectivement le plus grand rôle à jouer dans la mise en œuvre des mesures de prévention. Les médecins et laboratoires d'analyses médicales ont également un rôle essentiel dans le dispositif puisqu'ils permettent de signaler les cas importés et de détecter précocement l'apparition de cas autochtones, limitant ainsi les risques de dissémination des virus dans la population. Les cibles prioritaires sont par conséquent :

- Les **occupants de logements dotés de jardins, cours et/ou terrasses, et tout particulièrement les maisons individuelles,**
- Les **entreprises ou activités à risque** de forte productivité de moustiques (garages, entrepôts, jardineries ...) situées dans ou à proximité de zones d'habitations (considérant que celles situées en zones industrielles ou artisanales peuvent être considérées comme moins prioritaires au regard du risque plus faible de contact du moustique avec le public),

- Les professionnels distribuant et/ou installant des dispositifs favorisant la production de gîtes larvaires tel que les architectes, les paysagistes, les entreprises du bâtiment, la grande distribution de bricolage et de jardinage,
- Les **collectivités** pour s'assurer notamment de leur mobilisation dans la lutte contre les gîtes productifs sur les domaines public et privé,
- Les **voyageurs** qui sont susceptibles d'importer le virus sur le territoire métropolitain,
- Les **médecins et les laboratoires d'analyses médicales** de ville et hospitaliers pour le signalement rapide des cas suspects importés et autochtones à l'Agence régionale de santé afin de pouvoir respectivement mettre en œuvre les mesures de contrôle autour des cas importés et détecter/renseigner aussi précocement que possible une circulation autochtone de ces virus (l'encadré 1 et l'annexe 3 mettent en exergue l'importance de ces professionnels de santé dans le dispositif actuel ainsi que les principaux freins identifiés pour leur mobilisation).
- Les "faiseurs² de goût", tels que les **magazines** (professionnels et grand public) de jardinage, de décoration, etc.

Les autres sous-groupes de population, qui seront bien évidemment ciblés dans un programme de mobilisation sociale (professionnels de santé, associations,), seront considérés davantage comme des relais que comme des cibles (cf. plus loin). L'annexe 1 propose par ailleurs une liste de cibles potentielles pour l'élaboration d'une stratégie globale de mobilisation sociale.

Ainsi, la déclinaison des messages de prévention pourraient se résumer comme suit, en considérant bien évidemment que les cibles peuvent se rattacher à des personnes en tant que telles ou à un faisceau de situations (un habitant de maison individuelle est de fait intégré à la population générale et peut à un moment donné être aussi un voyageur) :

² Par "faiseurs de goût" nous entendons l'ensemble des acteurs contribuant à concevoir et diffuser des modèles architecturaux et paysagers pouvant influencer les populations. Cette diffusion de modèles esthétiques prend par exemple la forme de présentations de maisons et de jardins dans les magazines grands publics et dans les salons spécialisés.

Cible Situation épidémiologique	Population générale / Tout public	Occupants de maisons individuelles (habitations, artisans, ...)	Entreprises ou activités à risque / Collectivités	Voyageurs	Médecins et laboratoires d'analyses médicales
En l'absence de circulation autochtone	Acquérir un niveau d'information suffisant (pour contribuer à l'objectif d'élimination des gîtes larvaires et en prévision d'une épidémie)	Éliminer les gîtes larvaires, par une surveillance régulière, Proscrire les choix architecturaux et paysagers propices à la formation de gîtes larvaires		Se renseigner sur les pays à risque et les maladies qui y circulent Se protéger contre les piques de moustiques (y compris quand on est malade) pendant et au retour de voyage	Signaler les cas suspects importés et autochtones à l'ARS
En contexte de circulation virale autochtone (dans les territoires potentiellement impactés)	Éliminer les gîtes larvaires péri-domiciliaires Se protéger contre les piques de moustiques (y compris quand on est malade) Consulter son médecin en cas d'apparition de signes		Éliminer les gîtes larvaires	Consulter son médecin en cas d'apparition de signes au retour de voyage	Signaler les cas suspects et autochtones à l'ARS

1.11. Identification et mobilisation des relais

L'identification des relais est une étape essentielle pour la mise en place d'un programme de mobilisation sociale, l'objectif étant d'informer, de sensibiliser, voire de former, des relais (personnes, sous-groupes de personnes ou structures) pour que ces derniers puissent véhiculer les messages de prévention au plus près des publics cibles, et ainsi non seulement démultiplier les moyens de véhiculer ces messages, mais aussi permettre de toucher certaines cibles, plus difficiles à atteindre et en tout cas à convaincre directement par les institutions ou autorités publiques. Dans ce cadre, l'objectif est ainsi de permettre une appropriation des messages au sein même des sous-groupes de populations ou communautés préalablement ciblées.

Les réseaux de communication et de mobilisation ainsi constitués pourront alors être mobilisés régulièrement.

Parmi les différents relais envisageables, il convient de souligner **l'importance du rôle des communes** :

- parce qu'elles sont **proches des résidents et de nombreux relais informatifs** (quartiers, associations, etc),
- parce qu'en raison de leur proximité, **elles peuvent être interpellées à tout moment** et, de fait, le sont souvent en première intention,
- parce que **leurs services et agents peuvent relayer les messages et conseils préventifs auprès de la population** et, ainsi, démultiplier la sensibilisation et la communication,
- pour que **l'information soit homogène et les pratiques harmonisées**,
- pour que, sur l'ensemble du territoire, **l'information soit homogène**,
- **parce qu'elles sont également des cibles, afin d'être exemplaires** et de constituer des modèles pour la population, en faisant que leur patrimoine bâti et recevant du public soit géré de façon vertueuse, en termes de contrôle des points d'eaux stagnantes (cf. partie précédente).

Par conséquent, un effort particulier devrait être consacré à la création d'un réseau communal (et intercommunal) de communication et de mobilisation. Un tel réseau aura pour objectifs :

- de rassembler et d'être en contact avec le maximum de collectivités locales.
- de « fidéliser » un référent par commune (élu ou technicien), en lien direct avec les opérateurs de démoustication.
- d'homogénéiser la communication et de partager les outils de communication et de sensibilisation,
- de faciliter la diffusion de l'information sur les actions et les événements des différentes parties prenantes (opérateurs, services de l'Etat, collectivités),
- de conduire des actions de formation à l'attention des représentants des collectivités locales (élus, cadres et techniciens des différents services concernés : Hygiène-sécurité, techniques, voirie, espace public, espaces verts...).

Un tel réseau pourra par ailleurs constituer une base pour impliquer et coordonner plus largement d'autres relais (associations de quartiers, associations environnementales,...).

Toucher des publics cibles en fonction de la nature des gîtes larvaires

À chaque habitat (résidences, bureaux, ERP, etc...), correspond une typologie de gîtes larvaires du « moustique tigre », chaque type de gîte renvoyant sur des publics résidentiels (particuliers), institutionnels, professionnels, etc, qu'il convient d'identifier et de toucher par un faisceau de réunions / rendez-vous, courriers, supports, événements, jusqu'à constituer un réseau à faire vivre par des supports d'actualité « chaude » (courriers / mails ponctuels, newsletter, réseaux sociaux...).

En matière de LAV, et conformément aux objectifs précités, les différents relais mobilisables pourraient être identifiés comme tel :

En l'absence de circulation virale autochtone :

Opérateurs / Relais	Cibles correspondantes	Message de prévention à promouvoir	Difficultés / Contraintes
Autorités institutionnelles compétentes (Ministère, INPES, ARS, Conseils départementaux, Opérateurs publics de démoustication ...)	Population générale (communication) Professionnels du bâtiment et du jardin Collectivités locales Relais	Tous	A décliner par cible et message selon une stratégie de mobilisation sociale préétablie
Collectivités locales (communes, intercommunalités)	Habitants de maisons individuelles / Entreprises ou activités à risque associations	Eliminer les gîtes larvaires	Importance d'une méthodologie et d'une coordination supra-communale (régionale, voire interrégionale), pour s'assurer d'une homogénéité des messages et des modes d'action
Associations « de quartier »	Habitants de maisons individuelles	Eliminer les gîtes larvaires	
Enseignants	Enfants / Scolaires	Acquérir un niveau d'information suffisant / rappeler le ou les message(s) de	Nécessité d'établir des supports adaptés aux différents niveaux

		prévention	et à leurs objectifs pédagogiques
Activités qui fournissent au public des matériels à risque (bricolage, pépinières, vendeurs de piscines, de réserves d'eau, jardinerie, monteurs de pneus ...)	Habitants de maisons individuelles/ Entreprises ou activités à risque	Éliminer les gîtes larvaires	Nécessité de trouver un compromis concerté avec la profession entre objectifs sanitaires et commerciaux (par ex, vente accompagnée d'un message et non arrêt de la vente, adaptation des produits, ...)
Médecins généralistes / Pharmaciens³/Infirmiers	Voyageurs	Moyens de protection lors du voyage Conduite à tenir lors du retour (se signaler et se protéger en cas de symptômes évocateurs)	
Médias	Population générale	Acquérir un niveau d'information suffisant / rappeler le ou les message(s) de prévention	Difficile à mobiliser hors épidémie
Associations culturelles ou communautaires	Voyageurs	Messages « Voyageurs »	Parfois difficiles à identifier ou à toucher
Agences de voyage / Compagnies aériennes / aéroports	Voyageurs	Messages « Voyageurs »	Parfois difficiles à toucher par craintes de conséquences commerciales

³ L'encadré 1 et l'annexe 3 mettent en exergue l'importance des professionnels de santé en termes de relais de mobilisation sociale, en particulier dans le cadre du dispositif de prévention et de lutte contre la dengue et le chikungunya en France métropolitaine.

- En situation de circulation virale, au niveau des territoires potentiellement impactés :

Opérateurs / Relais	Cibles correspondantes	Message de prévention à promouvoir	Difficultés / Contraintes
Autorités institutionnelles (Ministère, INPES, ARS, Opérateurs publics de démosustication, ...)	Population générale (communication) Professionnels du bâtiment et du jardin Collectivités locales Relais	Tous	A décliner par cible et message selon une stratégie de mobilisation sociale préétablie
Médias	Population générale	Acquérir un niveau d'information suffisant / rappeler le ou les message(s) de prévention	Parfois difficile à maîtriser en épidémie, nécessité d'organiser une communication proactive
Collectivités locales (communes, intercommunalités)	Population générale	Éliminer les gîtes larvaires Se protéger contre les piqûres de moustiques Consulter son médecin en cas d'apparition de signes	Importance d'une méthodologie et d'une coordination supra-communale (régionale, voire interrégionale), pour s'assurer d'une homogénéité des messages et des modes d'action
	Entreprises ou activités à risque	Éliminer les gîtes larvaires	
Associations « de quartier », culturelles ou communautaires	Population générale	Éliminer les gîtes larvaires Se protéger contre les piqûres de moustiques Consulter son médecin en cas d'apparition de signes	
Médecins généralistes / Pharmaciens⁴/Infirmiers	Population générale	Se protéger contre les piqûres de moustiques Consulter son médecin en cas d'apparition de signes	

L'annexe 2 propose également une liste des différents relais mobilisables dans le cadre d'une stratégie de mobilisation sociale.

⁴ Cf. note précédente.

Encadré 1 : L'importance des professionnels de santé en matière de mobilisation sociale pour la prévention et la gestion des risques liés à la présence d'*Aedes albopictus*

Au regard du rôle qui leur est attribué en matière de lutte antivectorielle et des éléments de connaissance qui doivent leur être délivrés, les professionnels de santé (en particulier les médecins chargés du signalement des cas ainsi que les pharmaciens et les infirmiers) sont considérés comme des acteurs majeurs du dispositif de lutte contre le chikungunya et la dengue en métropole.

Pourtant, les études les plus récentes mettent en évidence que les médecins généralistes sont encore « les maillons faibles » du dispositif de lutte antivectorielle en particulier en matière de repérage et signalement des cas ; ils ne repèrent pas la pathologie, ne donnent pas forcément les bonnes informations en matière de prévention lors des départs en voyage et, en présence d'un cas, ne pensent pas toujours à conseiller à leur patient d'éviter tout déplacement, ce qui peut entraîner des coûts de démoustication non négligeables et augmente le risque de contaminations autochtones. La formation des professionnels de santé sur le dispositif et les modalités diagnostiques devrait par conséquent être largement optimisée, tant sur les modalités de signalement que de diagnostic.

Les recherches menées à la Réunion auprès des généralistes ayant eu à connaître et gérer l'épidémie de chikungunya de 2007 montrent certaines limites de leur action d'information, qui peuvent en particulier s'expliquer par des contraintes de disponibilité en contexte de saturation des capacités liées à l'afflux massif des patients affectés par l'épidémie, et la complexité du formulaire de signalement. Il convient cependant de rappeler la confiance dont les patients témoignent à l'égard de leur médecin généraliste comme interlocuteur privilégié, ce qui justifie la nécessité de considérer ces professionnels de santé comme des relais indispensables de mobilisation sociale. Au quotidien, ils sollicitent souvent leur pharmacien d'officine pour des conseils ou pour l'achat de répulsifs. Malgré cela les recherches menées en région PACA auprès de médecins généralistes ont mis en évidence que les médecins se mettent en position d'attente vis-à-vis des problèmes de santé liées au moustique « tigre ». Par contre, les pharmaciens se positionnent comme des acteurs de santé publique au contact régulier et d'accès facile avec la population.

Dans un processus de mobilisation sociale face au risque de chikungunya et de dengue en métropole, les professionnels de santé peuvent servir de « relais » entre les informations provenant des institutions sanitaires et le questionnement de leurs patients mais leur perception actuelle de l'impact de ces deux maladies en métropole tend à leur faire minorer leur importance dans le flux des pathologies qu'ils ont à gérer au quotidien. Il convient donc de veiller tant aux connaissances qu'aux perceptions de ces professionnels d'autant qu'en matière de maladies vectorielles ils doivent être également considérés comme des « cibles » puisqu'ils sont également susceptibles de contracter, ainsi que leurs proches, ces deux maladies et surtout parce qu'ils ont un rôle essentiel à jouer au sein du dispositif en matière de signalement, prérequis indispensable à la mise en œuvre d'une stratégie rapide de gestion des risques.

Les médecins, tout comme les pharmaciens et les paramédicaux de manière moins spécifique, à l'instar de tous les relais en contact avec le grand public, ont également un rôle à jouer dans la diffusion des mesures de prévention contre la dengue et le chikungunya (suppression des gîtes larvaires et protection personnelle) et doivent donc être formés à ces questions de santé environnementale.

Des informations plus détaillées concernant ces aspects sont proposées au sein de l'annexe 3.

1.12. Définir les modes d'action

Dans le cadre de l'élaboration d'un programme de mobilisation sociale, l'objectif est de définir et de mettre en œuvre des modes d'actions à même de répondre au mieux aux objectifs préalablement fixés en matière de message, de cibles et de relais. Sur ce point, il est bien souvent difficile de juger de l'efficacité comparative de tel ou tel mode d'action, en l'absence d'études ayant pu mener des mesures d'impact distinctes selon les modes de communication utilisés. Pour autant, un certain nombre de retours d'expérience, parfois subjectifs, tendent à mettre en avant les éléments de réflexion suivants :

- La communication grand public (média, presse, affichage publicitaire, internet) : elle est un outil essentiel du dispositif car c'est le seul qui permet de toucher un très large public dans des délais très courts. Ce mode de communication permet de rappeler régulièrement les gestes de prévention, mais plus difficilement d'acquérir au niveau de la population un niveau de connaissance préalable, essentiel à une bonne compréhension de ces gestes. En effet, ce type de communication se veut le plus souvent volontairement court et percutant pour marquer les esprits (de type publicitaire), mais il risque alors d'être peu compréhensible par le plus grand nombre faute d'un niveau de connaissance suffisant (contrairement aux DOM où ce niveau de connaissance est globalement acquis et permet plus facilement ce type de communication). Du coup, les concepteurs de la communication grand public risquent d'être confrontés à un important dilemme, entre faire court et percutant mais peu compréhensible, ou long et informatif mais finalement peu impactant. Cette difficulté sera d'autant plus importante en situation épidémique, si l'amélioration des connaissances de la population n'a pas été suffisamment réalisée au préalable. Enfin, si une part de la population est rapidement réceptive aux messages ainsi véhiculés et les met en œuvre de façon automatique, pour une bonne autre part (à évaluer), ce type de communication s'avère loin d'être suffisant pour convaincre de modifier ses comportements. Pour ce type de public, il faut considérer ce moyen de communication comme un outil venant en appui d'une communication nécessairement beaucoup plus ciblée, et interpersonnelle. Cette communication doit répondre aux attentes du grand public en proposant une information fiable et validée, notamment sur des aspects pour lesquels de fausses idées sont régulièrement véhiculées (outils efficaces de protection individuelle par exemple).
- Les documents informatifs type flyers/affiches : très utilisés par les institutions pour des facilités opérationnelles évidentes, il faut bien reconnaître que, utilisés seuls (dans des présentoirs), ils n'ont à priori que peu d'impact. Par contre, ils s'avèrent particulièrement utiles en appui à une approche de communication verbale interpersonnelle, le message écrit venant alors appuyer, conforter ou expliquer (avec d'autres mots) le message oral préalablement délivré. En alliant ainsi l'écrit à la parole, ils permettent de consolider le message. Ainsi, le développement de ce type d'outils n'a réellement de sens que si, dès sa conception, il a vocation à venir appuyer une démarche interpersonnelle préalablement identifiée (de type porte-à-porte ou consultation par exemple).
- La communication interpersonnelle : **elle reste au final le moyen de diffusion des messages de prévention certainement le plus impactant, car la marge d'appropriation du message par le public ciblé et donc de persuasion est de fait bien plus importante.** Par contre, contrairement aux méthodes de communication grand public, elle nécessite forcément un déploiement de ressources plus conséquent puisqu'il faut mobiliser des

relais pour démultiplier d'autant les voies de diffusion des messages. Dans ce cadre, deux modes de communication sont à dissocier, et pourraient être qualifiés de communications « hors contexte » et « dans le contexte » :

- La communication interpersonnelle « hors contexte » : Il s'agit d'un temps d'échange amorcé dans un contexte qui n'a *a priori* rien à voir avec le sujet. En matière de LAV, on retrouve classiquement ce type de situation lors de stands d'information installés dans des fêtes foraines, des supermarchés, des manifestations grand public, L'avantage est bien sûr de positionner l'action dans des lieux de passage facilitant ainsi une audience importante à moindre coût. Mais, le message est alors bien souvent peu impactant car le public, même s'il a pris le temps de s'arrêter est très peu réceptif. Il n'est pas là pour ça et le décalage entre la situation vécue et la situation décrite est tel que le message ne fait référence à rien de vraiment concret et les perspectives d'appropriation du message sont du coup assez faibles;
 - La communication interpersonnelle « dans le contexte » : il s'agit d'amorcer un temps d'échange dans une situation qui fait précisément référence au message véhiculé et qui du coup peut être démonstrative. On retrouvera par exemple ce type de situation à l'occasion d'une visite du jardin pour la recherche de gîtes larvaires, ou lors d'une consultation médicale pour la préparation d'un voyage. **Ce mode de communication est de loin à privilégier car il permet une bonne réceptivité et donc une bonne appropriation du message.** En effet, rien de tel que de convaincre un particulier d'éliminer ses gîtes larvaires juste après les avoir constaté. De même, promouvoir la protection contre les piqûres de moustiques lors d'un voyage n'a de sens qu'au moment même de ce départ en voyage. Dans ce cas, le message sera d'autant plus efficace que le relais de communication (l'émetteur), paraîtra lui-même « dans le contexte » et donc légitime. Il pourra s'agir dans ce cas de professionnels du sujet (opérateurs de LAV, personnel communal, médecins, service santé-voyage...), ou de personnes identifiées comme représentatives de la communauté ciblée (représentants d'associations de quartiers, leaders d'opinions au sein même de la communauté, ...).
- Les visites en porte-à-porte : **ce mode d'action est certes très consommateur de ressources, mais de loin le mode d'action le plus efficace et donc à privilégier, surtout s'il est nouveau** (à la différence des DOM où ce mode d'action largement déployé depuis longtemps semble montrer des signes d'essoufflement après de longues années de mise en œuvre et souvent de nombreuses visites successives chez les particuliers). En effet, en associant l'identification et l'élimination des gîtes larvaires au message de prévention (le geste à la parole), il a le grand avantage de pouvoir mobiliser fortement les particuliers de manière très démonstrative, en les responsabilisant sur leur propre rôle à jouer dans la lutte contre les moustiques. Il permet ainsi d'identifier de manière systématique, avec les personnes du foyer rencontrées, les gîtes larvaires péri-domiciliaires, de s'assurer sur l'instant de leur élimination et de convaincre, de manière démonstrative, de reproduire régulièrement ce geste tout au long de l'année pour plus d'efficacité. Il peut ainsi plus efficacement contrecarrer les perceptions et comportements habituels de report de responsabilité (« *Je ne pensais pas que ça pouvait venir de chez moi. Je pensais que ça venait de chez le voisin, de la voie publique*»), d'association du moustique au « sale » (« *Mon jardin est pourtant propre, je ne pensais pas que les moustiques pouvaient venir d'ici* »), ou encore de difficulté technique à identifier les gîtes (« *Je n'aurais jamais pensé qu'on puisse trouver des moustiques sous ce regard de descente de gouttières* »). Par contre, il paraît impératif dans ce mode d'action de ne pas proposer de traitement insecticide associé à la visite (larvicide ou adulticide), au risque de reporter la

responsabilité de la lutte sur les pouvoirs publics et de déresponsabiliser les particuliers de l'action qu'ils ont à mener régulièrement et tout au long de l'année. Des conseils concernant l'utilisation de larvicides peuvent toutefois être donnés en cas de présence de gîtes non suppressibles, en préconisant tout de même une solution plus durable si elle existe. En matière de porte-à-porte, deux modes d'actions sont à différencier selon le relais (l'émetteur) mobilisé :

- Visites réalisées par une institution (opérateurs de LAV, services techniques intercommunaux ou communaux, ...) : Ce mode d'action est privilégié pour sa facilité d'exécution du fait d'une légitimité de l'équipe d'intervention assez évidente et d'une assise juridique de l'action plus solide. Du fait d'un bagage technique préexistant, il permet de limiter l'effort de formation préalable, sauf à ce qu'il s'agisse de personnel recruté spécialement pour l'action. Par contre, il présente l'inconvénient de faire appel à un émetteur pouvant être jugé *a priori* comme non directement concerné (n'habitant pas le quartier), et qui plus est représentatif de la puissance publique vers qui bien souvent est renvoyée la responsabilité de la résolution de la situation. Ces préjugés sont donc à prendre en compte et nécessitent de la part de l'émetteur un effort de persuasion encore plus important.
 - Visites réalisées par des membres de la « communauté » (associations de quartiers, culturelles, ...) : Ce mode d'action présente le risque de ne pas forcément paraître de prime abord légitime, surtout en métropole où la représentation associative de quartier ou communautaire paraît assez peu développée, en tout cas bien moins que dans les DOM. De plus, il nécessite en amont un effort de formation et d'accompagnement méthodologique tout particulier, s'agissant de personnes n'ayant au départ *a priori* aucun bagage, ni technique, ni de communication. Par contre, il a l'immense avantage de mobiliser des relais susceptibles d'être considérés comme eux-mêmes directement concernés par la problématique (la nuisance notamment), ce qui favorisera de fait l'appropriation du message, conforté par le sentiment d'appartenance à une responsabilité collective partagée. Aussi, il s'agit d'un mode d'action à ne pas sous-estimer, mais qui nécessite en amont un important travail d'accompagnement méthodologique, sous la forme par exemple de la mise à disposition de kits de mobilisation sociale et de formations. De plus, il nécessite bien souvent l'organisation en parallèle d'une communication grand public à laquelle les pouvoirs publics sont associés, afin de légitimer autant que possible l'action dans un cadre institutionnel préétabli et favoriser d'autant l'acceptation par le public cible.
- Communication persuasive / communication engageante : De plus en plus, ces concepts sont développés en matière de prévention pour favoriser le passage à l'acte, en accompagnant les particuliers à s'engager, d'une manière ou d'une autre, dans une démarche volontaire de changement. Il est à noter que cette démarche est d'autant plus efficace qu'elle paraît librement consentie. Ces concepts sont novateurs dans le domaine de la LAV mais mériteraient d'être développés, notamment dans la perspective du lancement en métropole de vastes campagnes de communication interpersonnelle en porte-à-porte, et ce d'autant plus qu'ils rentrent parfaitement dans les notions à développer de responsabilisation individuelle et collective face à une problématique commune, la nuisance ou même le risque sanitaire (en rendant par exemple les habitants d'un quartier acteurs de cette problématique). Dans ce cadre, de nombreux outils pourraient être testés et évalués, puis déployés largement : auto-évaluation par questionnaire, adhésion individuelle ou collective à un guide, une charte, représentation

aux autres de l'engagement personnel (autocollant sur les boites aux lettres par exemple), etc....

- Les journées, événements « Sans moustiques ! » : Ce concept est développé de longue date dans les DOM (opérations « Kass' Moustik » à la Réunion ou « Toussaint » aux Antilles-Guyane par exemple). Ces journées permettent l'organisation d'un événement « marketing » venant conforter et redynamiser l'action de fond développée tout au long de l'année, notamment par une « remobilisation » (partenaires institutionnels et associatifs) en s'appuyant sur une communication grand public. Dans ce cas, l'action a d'autant plus de poids qu'elle combine effectivement une communication médiatique grand public et la mobilisation de réseaux institutionnels et associatifs pour la mise en œuvre d'actions de terrain au plus près du public (stands d'informations, visites en porte-à-porte, opérations de nettoyage de quartiers, ...). Dans ce cas, la communication grand public vient non seulement rappeler les gestes de prévention, mais également faciliter et légitimer l'action de terrain : « *Qu'est ce que ces gens viennent faire chez moi ? Ah oui, c'est vrai, c'est la journée « sans moustiques » !!* ». Dans ce cadre, le concept pourrait être renforcé encore davantage par des notions de « solidarité de voisinage » en lutte face à une problématique commune, facilitant d'autant la faisabilité de visites en porte-à-porte par des personnes issues du quartier lui-même ou entre voisins (notamment pour faciliter l'élimination de gîtes larvaires chez des personnes physiquement limitées, les personnes âgées par exemple).
- La formation et l'accompagnement des relais : il s'agit d'un point essentiel de la mobilisation sociale afin, non seulement de s'assurer du déploiement de relais de communication disposant d'un bagage technique suffisant, mais également de conforter, rassurer et ainsi plus facilement motiver ces relais à participer à l'action. Les DOM ont une grande expérience dans le domaine. Leurs retours d'expérience montrent toute l'importance de concevoir en amont des modules de formation et des supports de communication type qui seront d'autant plus facilement déployés, y compris par le recours à des relais de formation (les IREPS par exemple, notamment dans le cadre des PRSE), l'idéal étant d'aller jusqu'à la conception de « kits de mobilisation sociale » comprenant dans un seul et même outil tout le nécessaire : description des modes d'action, messages types à faire passer, supports de formation, supports de communication (flyers, affiches, goodies). Cette action peut utilement être mise en œuvre en dehors de la saison propice aux moustiques, et gagnerait à être répétée dans le temps afin de réévaluer les connaissances et installer une dynamique d'échanges.
- Les supports pédagogiques en milieu scolaire : ce mode d'action n'a de sens que dans la durée et il ne faut pas s'attendre *a priori* à un effet à court terme. En effet, l'idée par exemple que les enfants puissent convaincre leurs parents de faire le geste paraît assez illusoire si les parents ne sont pas eux-mêmes un minimum convaincus ! Par contre, il permet, et c'est un élément essentiel, de stabiliser dès le plus jeune âge les éléments de connaissance qui seront ensuite plus facilement mobilisés au moment où il faudra mettre en œuvre le geste. Là encore, à l'instar des expériences outre-mer, l'élaboration de supports de formation type sous la forme de « kits pédagogiques » sont à privilégier. Par contre, il est impératif que ces supports soient réalisés pour un niveau ou un âge donné et soient parfaitement adaptés aux objectifs pédagogiques de ce niveau. Ils sont donc à réaliser en lien étroit avec l'Education Nationale. Ils comprendront alors les éléments de connaissance nécessaires à l'enseignant pour faire son cours, les objectifs pédagogiques associés et pourront être complétés d'exercices ou de jeux type, voire même dans l'idéal

de supports de communication ludiques (affiches, « goodies »). Les communes, les CRES (Comité Régional d'Education à la Santé) et les CODES (Comité Départemental d'Education à la Santé) peuvent constituer des relais intéressants pour ce type d'actions.

- Les plans de prévention de niveau communal ou intercommunal : la réalisation d'un programme de prévention en matière de LAV passe nécessairement par le déploiement de programmes d'actions à l'échelle communale ou intercommunale, d'autant plus en métropole où les territoires couverts par les ARS et les Opérateurs publics de démoustication sont bien trop vastes pour que ces derniers puissent assurer une approche de terrain sur l'ensemble de leur zone d'action au plus près du public visé. Aussi, une démarche de conception d'un plan communal ou intercommunal type, et d'accompagnement/mobilisation des communes et intercommunalités à sa mise en œuvre est un axe d'intervention à privilégier tout particulièrement. Il comprendra classiquement trois modes d'intervention complémentaires :
 - La mise en place de dispositifs d'identification et d'élimination systématique des situations de gîtes productifs (tas d'encombrants, de pneus, Véhicules Hors d'Usage (VHU), réseaux d'eau pluviale, cimetières ...), qu'elles soient constatées sur la voie publique (enlèvement direct) ou sur le domaine privé (*via* la mise en œuvre des pouvoirs de police du Maire – mise en demeure, consignation, travaux d'office, verbalisation,...) ;
 - L'organisation de campagnes de visites domiciliaires systématiques en porte-à-porte pour l'identification et l'élimination des gîtes larvaires péri-domiciliaires et le passage d'un message de prévention (à l'instar de quelques dispositifs déjà en place en métropole, comme par exemple à la communauté d'agglomération Var-Estérel-Méditerranée), sur la base d'une planification cartographique pluriannuelle et la mobilisation des services en place et/ou de recrutements saisonniers complémentaires ;
 - La mobilisation des réseaux associatifs de la commune, par exemple à l'occasion de la journée « sans moustiques ».
 - La mobilisation transversale des services impactés autre que celui de la Santé publique : espaces verts, patrimoine/bâti, éducation/crèches, sports, littoral/ports...

1.13. Définir une stratégie de mobilisation sociale :

Au final, au regard de l'ensemble des éléments précités, une stratégie de mobilisation sociale en métropole consacrée à la lutte contre le moustique vecteur, *Aedes albopictus*, et la prévention des maladies vectorielles pourrait se décliner comme suit :

- En l'absence de circulation virale :

Opérateurs / Relais	Cibles correspondantes	Mode d'action privilégié	Modalités de mobilisation des relais et des cibles
<p>Autorités institutionnelles compétentes (Ministère, ARS, Conseil départemental, Opérateurs publics de démoustication, ...)</p>	<p>Population générale (communication)</p> <p>Collectivités locales</p> <p>Relais de mobilisation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie et d'un plan de mobilisation sociale comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - l'instauration d'une gouvernance partagée ARS/ Opérateurs publics de démoustication/Conseil départemental, - la mise en place d'un ou plusieurs comité(s) de pilotage, - la définition de messages, cibles et relais, - l'organisation d'un événementiel annuel (journée « sans moustiques ») au printemps comprenant : <ul style="list-style-type: none"> o la réalisation d'une campagne de communication grand public (affichage, télé, radio, conférence de presse) o la mobilisation des relais pour la réalisation d'opérations de prévention au plus près du public, - l'accompagnement à la mise en place de plans de prévention de niveau communal ou intercommunal, - la mise en place de programmes de formation (via des relais de formation), - la création et l'animation de réseaux de partenaires institutionnels et associatifs, - l'évaluation de ce plan de mobilisation sociale (suivi sociologique et entomologique). 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'une charte graphique et d'un slogan, - Elaboration et mise à disposition de supports pédagogiques, de communication et de mobilisation sociale (kits), - Création d'outils d'animation de réseaux (bulletin d'information, newsletter, réseaux sociaux ...), - Création d'une campagne de communication grand public et d'un événementiel annuel, - Mobilisation des collectivités locales et des relais (courriers circulaires, réunions institutionnelles, ...) - Mobilisation de relais de formation et d'animation de réseaux (IREPS par ex) - Elaboration d'un plan communal type, et accompagnement/mobilisation des communes à sa mise en œuvre

Médias	Population générale	<ul style="list-style-type: none"> - Restitution fiable et réactive des conférences de presse et actualités dans le domaine, et médiatisation des actions de mobilisation sociale réalisées, - Diffusion des campagnes de communication grand public. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission régulière d'informations sur le sujet, même et surtout en l'absence d'une actualité épidémique - Invitation à au moins une conférence de presse institutionnelle annuelle (au printemps, à l'occasion de la journée « sans moustiques ») et sur le terrain d'actions de mobilisation sociale (possibilité de coupler les deux, notamment dans le cadre de la journée « sans moustiques ») - Sollicitation pour la diffusion des campagnes de communication grand public
Conseils régionaux, associations des maires	Institutions partenaires, collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la diffusion des messages et à la mobilisation des relais, - Participation financière ou en moyens humains (contrats aidés mis à disposition des communes et intercommunalités par ex). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation institutionnelle de ces collectivités pour leur participation au plan (intervention concertée des Préfets, des Présidents d'Opérateurs publics de démoustication, des directeurs généraux des ARS, ...) - Invitation à participer au(x) comité(s) de pilotage du dispositif
Communes et intercommunalités	Habitants de maisons individuelles / entreprises,...	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation et mise en œuvre du plan communal de prévention comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - l'identification et l'élimination systématique des situations de gîtes productifs sur la voie publique et le domaine privé; - l'organisation de campagnes de visites domiciliaires systématiques en porte-à-porte pour l'identification et l'élimination 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un plan communal ou intercommunal type, et accompagnement/mobilisation des communes et intercommunalités dans sa mise en œuvre - Mise à disposition de supports de communication et de mobilisation sociale (kits), éventuellement dupliqués par les communes ou intercommunalités elles-

		<p>des gîtes larvaires péri-domiciliaires et le passage d'un message de prévention,</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mobilisation des réseaux associatifs de la commune, notamment à l'occasion de la journée « sans moustiques ». 	<p>mêmes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation des intervenants.
Associations « de quartier »	Habitants de maisons individuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'actions de quartier au contact du public (stands d'informations, visites en porte-à-porte, opérations de nettoyage de quartiers, ...), de type « journée sans moustiques ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des associations, soit directement, soit via les communes ou structures d'animation de réseaux en prévention (Politique de la ville, ASV, IREPS,...) - Mise à disposition de supports de communication et de mobilisation sociale (kits) - Formation des intervenants.
Enseignants, animateurs	Enfants / Scolaires / Périscolaires	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'actions pédagogiques par niveau (acquisition des connaissances nécessaires à la compréhension de gestes). 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention auprès du Ministère de l'Éducation Nationale pour intégrer la thématique aux programmes scolaires, - Elaboration et mise à disposition de kits pédagogiques, - Formation des intervenants.
Activité qui fournissent au public des matériels à risque (bricolage, pépinières, vendeurs de piscines, de réserves d'eau, jardinerie, monteurs de pneus ...)	Habitants de maisons individuelles / entreprises,...	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagner la vente de matériels à risque d'un message de vigilance et de prévention (oral par le vendeur et/ou support type flyer), - Adapter autant que possible certains matériels pour éviter qu'ils ne constituent des gîtes à moustiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concertation avec les instances représentatives des professions ciblées pour : <ul style="list-style-type: none"> - l'identification des matériels à risque, - l'identification de matériels susceptibles de faire l'objet d'une adaptation de leur conception pour limiter leur productivité, - l'élaboration des messages et supports accompagnant la vente, - Formation des intervenants (vendeurs).

Médecins généralistes / Pharmaciens/ Infirmiers	Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les futurs voyageurs des risques dans le pays visité et des mesures de prévention à appliquer pendant le voyage et au retour, - Identifier et diagnostiquer les suspicions de cas, notamment de retour de voyage et, après confirmation, les signaler aux autorités (ARS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Concertation avec les instances représentatives des professions ciblées pour : <ul style="list-style-type: none"> - l'élaboration de supports d'information à destination des professionnels de santé ciblés (affiches, flyers) et des publics à risque (ordonnance spéciale voyage par ex), - leur participation à la diffusion régulière de ces supports et d'informations auprès des professionnels de santé ciblés (actualité épidémiologique internationale, rappels des symptômes et modalités diagnostic,...), - la mise en place de programmes de formation, information/sensibilisation des professionnels de santé ciblés.
Associations culturelles ou communautaires	Voyageurs	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les futurs voyageurs des risques dans le pays visité et des mesures de prévention à appliquer pendant le voyage et au retour 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des associations, soit directement, soit via les communes ou structures d'animation de réseaux en prévention (Politique de la ville, ASV, IREPS,...) - Mise à disposition de supports de communication et de mobilisation sociale

			spécifiques, - Formation des intervenants.
Agences de voyage / Compagnies aériennes / aéroports	Voyageurs	- Informer les voyageurs des risques dans le pays visité et des mesures de prévention à appliquer pendant le voyage et au retour	- Concertation avec ces partenaires pour : <ul style="list-style-type: none"> - l'élaboration de supports d'information spécifiques et concertés, à destination des voyageurs, - leur participation à la diffusion régulière de ces supports et d'informations auprès des voyageurs (en fonction de l'actualité épidémiologique internationale),

- **En situation de circulation virale, dans les territoires potentiellement impactés (niveaux 2 et suivants) :**

Opérateurs / Relais	Cibles correspondantes	Mode d'action privilégié	Modalités de mobilisation des relais et des cibles
Autorités institutionnelles compétentes (Ministère, ARS , Conseil départemental, Opérateurs publics de démoustication, ...)	Population générale (communication) Collectivités locales Relais	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement du plan de mobilisation sociale comprenant notamment : <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement des plans de prévention de niveau communal ou intercommunal, - l'organisation d'un événementiel spécifique, à l'échelle du territoire impacté, comprenant : <ul style="list-style-type: none"> o la réalisation d'une campagne de communication grand public (affichage, télé, radio, conférence de presse) o la mobilisation des relais pour la réalisation d'opérations de prévention auprès du public, 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des collectivités locales et des relais (courriers circulaires, réunions institutionnelles, ...) - Mobilisation des communes et intercommunalités à la mise en œuvre des plans de prévention - Création d'une campagne de communication grand public et d'un événementiel spécifique.
Médias	Population générale	<ul style="list-style-type: none"> - Restitution fiable et réactive des conférences de presse et actualités dans le domaine, et médiatisation des actions de lutte/mobilisation sociale mises en œuvre, - Diffusion des campagnes de communication grand public 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmission régulière d'un point épidémiologique et d'informations sur le sujet, - Invitation à des conférences de presse à fréquence régulière (selon la situation épidémiologique) et sur le terrain d'actions de lutte /mobilisation sociale - Sollicitation pour la diffusion des campagnes de communication
Conseils régionaux, associations des maires	Institutions partenaires, collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la diffusion des messages et à la mobilisation des relais, - Participation financière ou en moyens humains (contrats aidés mis à disposition des communes et intercommunalités). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation institutionnelle de ces collectivités pour leur participation au plan (intervention concertée des Préfets, des Présidents d'Opérateurs publics de démoustication, des DGARS, ...) - Invitation à participer au(x) comité(s) de

			pilotage du dispositif
Communes et intercommunalités	Habitants de maisons individuelles / entreprises,...	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des plans de prévention de niveau communal ou intercommunal 	<ul style="list-style-type: none"> - Information régulière (point épidémiologique) - Mobilisation des communes à la mise en œuvre des plans de prévention - Mise à disposition de supports de communication et de mobilisation sociale (kits), éventuellement dupliqués par les communes ou intercommunalités elles-mêmes, - Formation des intervenants.
Associations « de quartier », culturelles ou communautaires	Population générale / Habitants de maisons individuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'actions de quartier au contact du public (stands d'informations, visites en porte-à-porte, opérations de nettoyage de quartiers, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des associations, soit directement, soit via les communes ou structures d'animation de réseaux en prévention (Politique de la ville, ASV, IREPS,...) - Mise à disposition de supports de communication et de mobilisation sociale (kits) - Formation des intervenants et coordination
Médecins généralistes / Pharmaciens	Population générale	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et diagnostiquer les suspicions de cas et, après confirmation, les signaler aux autorités (ARS) - Informer les patients de la situation épidémiologique et des mesures de prévention à mettre en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation des instances représentatives des professions ciblées pour : <ul style="list-style-type: none"> - l'information régulière des professionnels de santé ciblés (point épidémiologique, rappel des consignes diagnostic et de déclaration des cas) - la mise à disposition de supports d'information (affiches, flyers),

III. Les approches institutionnelles

Les approches administratives englobent les différents outils législatifs, réglementaires et normatifs, d'application obligatoire ou volontaire, qui peuvent être mis en œuvre dans le domaine de la lutte et la prévention contre les moustiques. On constate un déficit de connaissance quant à l'existence de ces outils ainsi qu'une sous-utilisation d'un certain nombre de dispositions qui s'avèrent pourtant pertinentes pour l'optimisation des stratégies de contrôle des moustiques et d'*Aedes albopictus* en particulier. Elles s'avèrent par ailleurs pertinentes car bien souvent ces dispositions vont constituer des outils d'adaptation, qui, par définition, vont s'inscrire dans la durée, contrairement à des mesures d'atténuation qui doivent être régulièrement mises en œuvre.

Aborder ces approches administratives au sein de ce document a par conséquent vocation à contribuer au plaidoyer pour une prise en compte transversale des enjeux liés à la présence et au développement de moustiques (comme par exemple à travers les politiques d'aménagement) ainsi qu'à la mobilisation des administrations, collectivités et professionnels concernés.

2.1. Une meilleure sollicitation de la réglementation actuelle

Un certain nombre de dispositions réglementaires existantes peuvent contribuer de manière significative à la lutte contre les moustiques et notamment à la réduction des gîtes larvaires. Il semble néanmoins nécessaire de sensibiliser les administrations concernées pour utiliser et appliquer ces dispositions dans un objectif de réduction des risques à la source.

- [Le Règlement Sanitaire Départemental et les décrets en conseil d'état pris en application de l'article L 1311-1 du Code de la Santé Publique](#)

Les Règlements Sanitaires Départementaux (RSD) constituent des outils réglementaires pertinents pour la prévention contre le développement de moustiques, en particulier au niveau des réseaux d'eau pluviale (article 29 du RSD type), de la réduction des déchets dans les propriétés privées (article 23 du RSD type), des réserves d'eau non destinées à l'alimentation (article 36 du RSD type) ou encore, plus largement, de la lutte contre les insectes (article 121 du RSD type).

Avant la loi de décentralisation de 1983, les préfets publiaient par arrêté préfectoral des règlements sanitaires départementaux sur la base du RSD type diffusé par circulaires du ministère chargé de la santé.

Néanmoins, il apparaît nécessaire de sensibiliser voire d'accompagner les communes à utiliser ces dispositions pour optimiser la lutte contre les eaux stagnantes.

Depuis la loi de décentralisation de 1983, l'article L.1311-1 de Code de la Santé Publique prévoit que des décrets pris en Conseil d'Etat fixeront les règles générales d'hygiène et de santé, notamment en matière de prévention des maladies transmissibles, de salubrité des habitations... Les règlements sanitaires départementaux cesseront de s'appliquer au profit de ces décrets. Il est par conséquent

indispensable de conserver les dispositions existant dans le RSD et utile à la lutte contre les moustiques tant qu'ils ne sont pas modifiés par décrets pris en conseil d'Etat⁵. En ce sens, la sensibilisation et l'appel à la vigilance du ministère de la santé en charge de l'élaboration de ces décrets en collaboration avec d'autres ministères (environnement, urbanisme, logement...) constitue un plaidoyer institutionnel.

- Compléter le cadre réglementaire par des arrêtés municipaux

L'article L. 1311-2 du Code de la santé Publique prévoit que les décrets mentionnés à l'article L 1311-1 peuvent être complétés par des arrêtés préfectoraux ou municipaux ayant pour objet d'édicter des dispositions particulières.

- Définir des arrêtés préfectoraux sur la base de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques

La loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques prévoit la possibilité de fixer des prescriptions par arrêté préfectoral afin de faire disparaître les gîtes larvaires dans les zones de lutte contre les moustiques. Ces prescriptions peuvent en particulier viser les terrains bâtis ou non bâtis, les immeubles et leurs dépendances, les réservoirs ainsi que tous systèmes d'adduction ou d'évacuation des eaux. Elles complètent par conséquent les dispositions du RSD.

Ces dispositions peuvent par conséquent s'avérer particulièrement utiles pour encadrer règlementairement la conception des ouvrages cités précédemment. Cependant, elles ne sont quasiment jamais utilisées à l'heure actuelle, vraisemblablement du fait d'une absence de définition précise de telles prescriptions techniques. Un travail sur l'adaptation des normes techniques actuelles (cf. partie 2.4.1) suivi d'une sensibilisation des services instructeurs de ces arrêtés pourrait contribuer à améliorer la situation de manière durable.

2.2. Intégrer la problématique « moustique » dans les plans de santé environnementale : les plans santé environnement

Certains plans de santé publique peuvent constituer une réelle opportunité pour la prise en compte des risques liés aux moustiques.

A ce titre, le Plan National Santé Environnement, qui vise à répondre aux enjeux sanitaires posés par les pathologies en lien avec l'environnement apparaît comme particulièrement adapté. Le sujet des maladies à transmission vectorielle est en effet être intégré dans plusieurs actions définies au sein du troisième Plan National Santé Environnement (PNSE3), mis en place pour la période 2015-2019. C'est le cas par exemple des actions qui visent à « Prévenir les effets sanitaires liés à l'exposition à certaines espèces végétales ou animales » et « Mieux prendre en compte les risques accrus

⁵ Les dispositions, qui concernent les moustiques dans le RSD type, sont antérieures aux années 80. Elles n'ont pas été actualisées depuis et aucun décret en Conseil d'Etat ne les a modifiées.

d'épidémies de maladies transmises par des vecteurs dans un contexte de changement climatique » (3^{ème} Plan National Santé Environnement)⁶.

Par ailleurs, ce dispositif encourage les approches transversales, en particulier entre les différents acteurs en charge de l'aménagement du territoire et de la santé. Comme évoqué précédemment, une telle pluridisciplinarité est un enjeu majeur de toute stratégie de mobilisation sociale.

Enfin, le PNSE fait l'objet de déclinaisons régionales sous la forme de Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE), qui sont également des leviers qui permettent d'inscrire ces questions à l'ordre du jour, notamment dans les régions déjà colonisées par *Aedes albopictus*. Une telle prise en compte pourra être réalisée selon différents angles : le partage de culture, l'amélioration des connaissances, la sensibilisation de publics cibles et relais ainsi que la promotion de mesures de prévention vis-à-vis de la présence du moustique.

2.3. Introduction de la problématique moustiques dans les volets sanitaires des études d'impact

2.3.1. Évaluation d'Impacts en Santé (EIS) (source INPES)

L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé », consensus de Göteborg (EHP, 1999), concertation internationale menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé.

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé s'inscrit dans les principes de la charte d'Ottawa (OMS, 1986) et s'appuie sur une vision holistique de la santé. La santé est influencée par des facteurs et déterminants sociaux, environnementaux, économiques. Les décisions prises dans différentes politiques publiques ont donc des répercussions directes ou indirectes, positives ou négatives sur la santé des populations. L'EIS est un instrument approprié permettant d'apprécier ces impacts et d'agir sur les déterminants de la santé. L'un des intérêts de la démarche est qu'elle favorise la prise de conscience des acteurs des autres secteurs quant aux répercussions de leurs activités sur la santé des populations. Elle joue donc un rôle de responsabilisation. L'EIS est un outil d'aide à la décision. Elle a pour objectif de proposer des recommandations afin de maximiser les impacts positifs pour la santé et de minimiser les impacts négatifs.

L'EIS est prospective c'est-à-dire qu'elle va permettre d'évaluer un programme, une politique, un projet... avant sa mise en place dans le but d'influencer une décision en faveur de la santé. Son caractère n'est pas lié à une obligation réglementaire.

⁶ Le PNSE3 est accessible au lien suivant : <http://www.sante.gouv.fr/plan-national-sante-environnement-pnse-3-2015-2019.html>.

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé se confond très souvent avec d'autres types d'évaluations dont elle peut s'inspirer ou compléter telles que l'évaluation environnementale, l'évaluation de l'impact sanitaire et l'évaluation des politiques publiques⁷.

2.3.2. L'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact

Les effets sur la santé doivent être obligatoirement considérés dans les études d'impact réalisées pour des Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) ou lors des projets d'aménagement (projet routiers, ferroviaires, ouvrages d'art, infrastructures de transports...) mentionnés en annexe de l'article R 122-2 du code de l'environnement. De même, les opérations soumises à autorisation au titre de la loi sur l'eau du 3 janvier 1992 nécessitent une étude d'incidence, assimilable à une étude d'impact.

Le contenu des études d'impact doit prendre en compte tous les effets attendus du projet sur l'environnement et la santé.

Aussi, l'étude d'impact de ces projets devrait aborder les risques de création de gîtes larvaires ainsi que les moyens de les réduire ou de les supprimer. Les ouvrages facilitant la stagnation des eaux pourront ainsi être identifiés en amont, et des solutions de substitution pourront ainsi être envisagées.

Cette prise en compte du risque « moustique » au sein des études d'impact doit être réalisée dans les territoires où des moustiques vecteurs sont présents. Toutefois, eu égard au caractère invasif d'*Aedes albopictus* et aux projections relative à sa répartition à moyen terme, une telle prise en compte pourrait être généralisée aux départements qui ne sont pas encore concernés par ce problème.

Une telle intégration de la problématique « moustique » permettra de réaliser des choix quant à la conception de certains ouvrages alors même que bien souvent des alternatives existent (terrasses à plot, localisation des coffrets techniques, conception du réseau pluvial...).

2.4. Urbanisme et habitat

Si une lutte mécanique permet de supprimer la plupart des gîtes larvaires, les gîtes liés au bâti ou à la gestion des eaux pluviales sont pérennes et peuvent représenter une part importante de la production de moustiques.

Le système de récupération de l'eau de pluie (gouttières, descentes pluviales, avaloirs...) est en particulier identifié comme pouvant être particulièrement productif en moustiques de par son obstruction possible par des déchets verts et de par la qualité de l'eau qu'il draine. En effet, *Aedes albopictus* pond dans de l'eau propre, légèrement tanique.

⁷ Pour plus de détails quant aux différences entre ces outils d'évaluation, se reporter au dossier proposé par l'Inpes accessible au lien suivant : <http://www.inpes.sante.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>.

Cette situation est complexe et par conséquent difficile à appréhender par les professionnels de la Santé Publique ainsi que par les professionnels du Bâtiment. Néanmoins, des leviers existent afin d'adapter les règles techniques à la présence d'*Aedes albopictus* pour une meilleure gestion des eaux pluviales.

2.4.1. Adaptation des normes du bâti

Le principal levier : le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment

La conception du bâti est régie par des systèmes directifs techniques (Documents Techniques Unifiés (DTU), les Documents Techniques d'Application (DTA) et les Avis Techniques (Atec). inscrits dans le Code de l'Urbanisme émanant lui-même, du Droit de l'Urbanisme. L'organisme en charge de l'élaboration de ces normes est le Centre Scientifique et Technique du Bâtiment (CSTB). C'est lui qui peut modifier, émettre des recommandations, réorienter des techniques de construction.

Pour information, la commission chargée de formuler les avis techniques précités est composée de 21 Groupes Spécialisés (GS) où siège des experts représentant les différentes professions du bâtiment : maîtres d'ouvrage, maîtres d'œuvre (architectes, ingénieurs conseils, bureaux d'études,...), contrôleurs techniques, entrepreneurs, organismes de recherche et laboratoires, organismes de normalisation (AFNOR)... Le GS5 est chargé des « Toitures, couvertures, étanchéités », le GS 17 s'occupe des « Réseaux et épuration » (citerne, récupération de l'eau de pluie, tuyaux et canalisations de l'assainissement...).

Le CSTB représente par conséquent le principal levier pour une adaptation des normes du bâti en lien avec la problématique « moustiques ».

Leviers institutionnels :

- a. Le Ministère en charge de la Santé

Par le passé, la mobilisation du CSTB par le ministère de la Santé s'est déjà produite concernant des pathologies liées à des expositions environnementales liées à la conception des réseaux d'eaux chaudes sanitaires, notamment dans le cadre de la prévention contre la légionellose. Le réseau d'eau chaude a été modifié par exemple, après un travail conjoint Ministère de la Santé/CSTB. Le changement a été pluridimensionnel touchant le matériau même : le PVC-C au lieu du PVC dont la moindre adhérence au biofilm a été reconnue. Le bouclage du réseau a ensuite été la règle afin d'éliminer les bras morts et, pour finir, le carnet d'entretien de l'installation a été rendu obligatoire.

b. Le Ministère en charge du Développement Durable

Il reste une marge de progrès pour mieux penser la construction au regard de l'épuisement des ressources en eau, de l'assainissement des eaux usées ou encore de la gestion des eaux pluviales. Aussi, une stratégie quant à une meilleure gestion-récupération de l'eau a été mise en place donnant même droit à des crédits d'impôts. Il est néanmoins indispensable que le ministère en charge du développement durable intègre les risques de prolifération de moustiques en particulier dans ses actions de promotion de la gestion durable des ressources en eau et de récupération d'eau de pluie, étant donné que les deux enjeux peuvent être antagonistes s'ils ne sont pas considérés de concert. Le Ministère en charge du Développement Durable devrait ainsi devenir acteur de la LAV en publiant une législation orientée vers la prévention, sur le risque *Aedes* face aux propositions de gestion de l'eau.

c. Le Ministère en charge du Logement

Au même titre que le Ministère de la Santé, il peut constituer un levier du fait de sa possibilité de créer, modifier la réglementation en vigueur, ce qui nécessiterait au préalable une sensibilisation de ces services. Ce ministère constitue également un levier en tant que tutelle du CSTB.

d. Les Agences : Agences d'Urbanisme, Agence Qualité Construction (AQC), Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU), Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie (ADEME)

Si elles n'ont pas de pouvoir direct sur les normes, elles se doivent d'être informées et sensibilisées à la nuisance liée à la présence des moustiques ainsi qu'aux dispositions techniques permettant de limiter cette nuisance.

Ces agences ont en effet plusieurs missions qui peuvent constituer de réelles opportunités pour la diffusion de bonnes pratiques et la sensibilisation d'acteurs telles que les collectivités locales, les administrations en charge de l'urbanisme et de l'aménagement ou encore les professionnels de la construction.

Tout d'abord, en tant que contributeurs financiers de projets liés à l'urbanisme et à l'aménagement, elles peuvent parfaitement inciter les projets à prendre en compte ce type de risque.

Ensuite, ces agences peuvent promouvoir l'application volontaire de certaines normes ou de bonnes pratiques. A ce titre, elles pourraient contribuer à l'élaboration et la diffusion de chartes, participer à la sensibilisation des différents acteurs ou encore intégrer la problématique du développement des moustiques en zone urbaine dans les dispositifs existants de promotion du développement durable (comme par exemple la démarche HQE - Haute Qualité Environnementale - portée par l'ADEME).

Un focus doit être fait sur les Agences d'Urbanisme. Elles sont des outils mutualisés d'ingénierie territoriale et urbaine, inscrits dans la durée, fonctionnant sous forme d'association, dans lesquelles les collectivités locales, l'État et les acteurs de l'aménagement et du développement local sont réunis. Les missions des agences sont définies par l'article L121-3 du Code de l'urbanisme : « *Les communes, les établissements publics de coopération intercommunale et les collectivités territoriales peuvent créer avec l'État et les établissements publics, ou autres organismes qui contribuent à l'aménagement et au développement de leur territoire, des organismes de réflexion et d'études*

appelés “agences d’urbanisme”. Ces agences ont notamment pour mission de suivre les évolutions urbaines, de participer à la définition des politiques d’aménagement et de développement, à l’élaboration des documents d’urbanisme en particulier les schémas de cohérence territoriale, et de préparer les projets d’agglomération dans un souci d’harmonisation des politiques publiques. »

Ce sont à la fois des lieux de débat, d’intermédiation entre les acteurs du territoire et des lieux de production d’expertise urbaine et territoriale.

e. L'Hôpital et les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Les CLIN sont légalement obligatoires au sein des Établissements de Santé (ES). Ils gèrent tous les questionnements d'hygiène et d'infections nosocomiales au sein de l'entité de soins. Les établissements de santé sont des sites à risque étant donné qu'ils sont amenés à recevoir des cas de dengue ou de chikungunya.

Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) sont consultées lors des travaux sur le bâti face aux risques d'aspergillose, de légionellose... Elles pourraient également intégrer la problématique de production de moustiques dans l'élaboration de leurs avis.

f. Les collectivités locales, les services de l'Etat, les bailleurs sociaux

Les collectivités locales (conseils régionaux, conseils départementaux, communautés de communes, communes...), les services de l'Etat (civils et militaires), les établissements de santé, les organismes HLM peuvent également avoir une action positive en la matière, notamment par l'application pratiques de construction et d'aménagement permettant de réduire les risques de développement de moustiques au niveau de leur parc immobilier, des aménagements dont ils ont la charge ainsi que des projets de construction qu'elles pourraient soutenir financièrement.

A ce titre, ils peuvent d'ores et déjà intégrer au sein du cahier des charges de toute nouvelle construction une demande de description la prise en compte du risque de développement de moustiques. Le recours à certains ouvrages ou équipements (terrasses à plots, gouttières en particulier inaccessibles, ...) pourrait également être limité ou proscrit.

g. Les Professionnels dans leurs entités représentatives

La Fédération Française du Bâtiment, les Ordres nationaux avec leurs déclinaisons régionales et départementales des Architectes, les chambres professionnelles, les confédération type Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment (CAPEB), les Unions type Union des Constructeurs Immobiliers pourraient être des leviers pour autant qu'ils aient été informés qu'une construction peut générer de la nuisance liée à la présence de moustiques. Ces structures pourraient être une source de remontées d'informations à destination du CSTB. Elles constituent également un relais essentiel non seulement de sensibilisation des professionnels du bâtiment sur les risques posés par certains ouvrages mais aussi pour la promotion de règles qui, dans un premier temps, pourraient être d'application volontaire.

Dans la même mouvance, les bailleurs sociaux sont regroupés au sein de l'Union Sociale pour l'Habitat déclinée en région en Association Régionale des Organismes HLM (ARHLM). En effet, c'est le jeu de l'offre et de la demande qui permettra l'adaptation ou le remplacement de certains dispositifs

architecturaux (terrasses à plots par exemple) si les maîtres d'œuvre, d'ouvrage font savoir qu'ils ne désirent plus de ce type d'aménagement pour les futures constructions ou les projets de rénovation urbaine.

Il existe aussi, des syndicats professionnels (FNAIM, UNIS...) qui englobent des gestionnaires, syndics, transactionnaires, immobilier d'entreprises, experts, diagnostiqueurs...sans être en première ligne au niveau décisionnel, ils gèrent, entretiennent des parcs immobiliers, et sont à l'interface entre le bâtisseur et la population. Mieux informés, ils deviennent des leviers non négligeables de par cette interaction.

Leviers non institutionnels : la société civile, les associations

Bien que non institutionnelles et qu'elles œuvrent plus dans le domaine de l'insertion par le logement, dans la gestion de conflits entre locataires et bailleurs, les associations sont militantes par essence et elles pourraient après information, porter le message avec un poids certain auprès du monde du bâtiment d'autant que certaines gèrent des logements. Elles ont également parfois un rôle en matière d'amélioration du cadre de vie. Pêle-mêle, on peut citer : la Confédération Générale du Logement (CGL), la Confédération Nationale du Logement (CNL) et leurs déclinaisons locales puis, Les Compagnons Bâisseurs, l'Association Habitat Alternatif Sociale (AHAS)...

2.4.2. Les Plans Locaux d'Urbanisme (PLU)

Le plan local d'urbanisme (PLU) est un document d'urbanisme qui établit un projet global d'urbanisme et d'aménagement à l'échelle d'un groupement de communes ou d'une commune. Il fixe les règles générales d'utilisation du sol sur le territoire considéré. Il doit permettre de concilier les conditions d'aménagement de ce territoire ainsi que les enjeux de développement durable et de développement local. Lorsque le plan local d'urbanisme couvre l'intégralité du territoire communautaire, on parle alors de PLU intercommunal ou communautaire (PLUi).

Le PLU(i) comprend notamment (voir le code de l'urbanisme (CU), articles L.123-1 à L.123-5) :

- un projet d'aménagement et de développement durables (PADD) qui expose le projet d'urbanisme et définit notamment les orientations générales d'aménagement, d'urbanisme, d'habitat, de déplacements, d'équipement, de protection des espaces et de préservation ou de remise en bon état des continuités écologiques ;
- des orientations d'aménagement et de programmation (OAP) qui, dans le respect du PADD, comprennent des dispositions portant sur l'aménagement, l'habitat, les transports et les déplacements ;
- un règlement, qui délimite les zones urbaines (U), les zones à urbaniser (AU), les zones agricoles (A) et les zones naturelles et forestières (N), et fixe les règles générales d'urbanisation ;

Les PLU(i) susceptibles d'avoir des effets notables sur l'environnement doivent faire l'objet d'une évaluation environnementale.

Dans une logique d'adaptation de l'urbanisme et des aménagements urbains à la présence de moustiques, il est par conséquent possible de proscrire certains ouvrages, notamment par le biais du Règlement du plan local d'urbanisme.

On peut d'ailleurs noter que certains règlements interdisent d'ores et déjà les toitures terrasses non végétalisées. Si cette mesure a pour vocation de répondre à un autre enjeu, celui de la rétention des eaux pluviales, elle contribue à la réduction des ouvrages favorisant le développement de moustiques.

2.4.3. Autodiagnostic de présence de gîtes larvaires

Les collectivités, l'Etat, les bailleurs sociaux... disposent d'un parc immobilier important. Dans un souci de mobilisation de la population, il convient d'être exemplaire au niveau de ces bâtiments et de limiter au maximum le développement de moustiques. Aussi, ces propriétaires (Etat, région, conseils généraux, communautés de communes, communes, organismes HLM...) devraient être mobilisés pour réaliser des diagnostics de présence de gîtes larvaires dans leur parc immobilier et mettre en œuvre des mesures correctives.

Conclusion

En conclusion, les dispositions réglementaires en vigueur en France (RSD et certains arrêtés municipaux) nécessitent d'être non seulement promus auprès des acteurs concernés mais également mis à jour sur la base d'une réflexion technique nationale.

Les ministères chargés de la santé et du développement durable doivent être sensibilisés à la question du risque « moustique » afin d'inciter à leur tour les ARS et DREAL à aborder cette problématique moustiques dans les PRSE3.

Le CSTB, en tant qu'organisme certificateur constitue le principal levier pour la prise en compte des gîtes larvaires liés au bâti ou à la gestion des eaux pluviales sur la base d'une réflexion technique. Cette réflexion technique nationale peut dans un second temps être traduite en règles techniques et/ou réglementations prises par décrets en Conseil d'Etat au titre du code de la santé ou d'autres législations (habitat, urbanisme, environnement...). Ces dispositions nécessitent ensuite d'être partagées et diffusées auprès des professionnels, maitres d'œuvres, maitres d'ouvrages, organisations professionnelles, financeurs, services de contrôle ...

Les services communaux concernés sont consultés lors de l'écriture des PLU et des PLUI pour un avis consultatif. La prise en compte de ces enjeux par les communes nécessite une information et une sensibilisation spécifique de ces fonctionnaires territoriaux, d'autant que certaines communes ne disposent pas d'un service de Santé publique à même d'informer les Directions de l'Habitat et de l'Urbanisme, des Espaces verts, ou encore du Développement Durable sur la problématique.

Un autre axe essentiel est la mobilisation des financeurs publics (Etat, ARS, région, conseils généraux, communautés de communes, communes) pour prendre en compte la prévention du risque « moustique » dans les points à aborder dans les dossiers soumis à financement public.

Références

EHP (1999), Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach (Gothenburg Consensus Paper). Brussels: European Centre for Health Policy.

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

WHO (2004), Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control. A step-by-step guide. TDR/STR/SEB/DEN/04.1

ANNEXE 1 – Principaux publics cibles d’une stratégie de mobilisation sociale

La liste ci-dessous propose les principales cibles d’une stratégie de mobilisation sociale. Elle peut faciliter l’élaboration d’une stratégie de mobilisation sociale, considérant bien entendu qu’un objectif comportemental précis devra être défini pour chaque cible ainsi que les différents relais (cf. annexe 2) et outils retenus pour cet objectif.

Publics cibles « directs »

Habitat individuel (et problématique générale)

- ♦ Résidents / riverains
- ♦ Associations de résidents
- ♦ Directeurs et Usagers d’équipements publics
(*E^{ts} scolaires, E^{ts} de petite enfance, E^{ts} de retraite...*)

Habitat collectif

- ♦ Résidents / Riverains
- ♦ Associations de locataires
- ♦ Associations de résidents

Voirie, Espaces verts, Espaces publics non bâtis

- ♦ Entreprises de travaux publics
- ♦ Entreprises de bâtiment
- ♦ Entreprises artisanales liées à l’immobilier
- ♦ Entreprises prestataires de nettoyage et de collecte des OM

Bâti (constructions résidentielles individuelles et collectives, bureaux)

- ♦ Entreprises de travaux publics
- ♦ Entreprises de bâtiment
- ♦ Entreprises artisanales liées à l’immobilier
- ♦ Cabinets d’architectes

Santé

- ♦ Hôpitaux (directions)
- ♦ Établissements de santé (directeurs et usagers)
- ♦ Pharmacies
- ♦ Maisons de retraite (EHPAD) publiques et privées (directeurs et usagers)
- ♦ Professionnels de santé (médecins, pharmaciens, paramédicaux, hospitaliers)

Commerces à risques

- ♦ Commerces de pneumatiques
- ♦ Garages
- ♦ Fleuristes
- ♦ Pépiniéristes
- ♦ Jardineries

Exploitations et friches agricoles

- ♦ Exploitants agricoles

Installations portuaires

- ♦ Plaisanciers

Industrie touristique

- ♦ Campings
- ♦ Hôtels / Résidences hôtelières
- ♦ Gîtes ruraux

Éducation

- ♦ Directeurs d'écoles et Usagers (enseignants, élèves / parents)
- ♦ Principaux de collèges et Usagers (enseignants, élèves / parents)
- ♦ Proviseurs de lycées et Usagers (enseignants, élèves)
- ♦ animateurs municipaux et associatifs

Relations presse

- ♦ Médias écrits et audiovisuels
- ♦ Responsables de réseaux de diffusion interne :
 - Collectivités
 - La Poste
 - Sécurité sociale
 - SNCF
 - Sociétés de transports collectifs
 - CAF
 - ...

ANNEXE 2 - Relais pouvant contribuer à la mobilisation de différentes cibles

Différents relais de mobilisation sociale sont proposés ci-dessous. Cette liste peut faciliter l'élaboration d'une stratégie de mobilisation sociale en identifiant les relais pertinents pour un territoire considéré. Elle peut bien entendu également être complétée par la prise en compte de spécificités territoriales.

Priorité aux relais en lien avec l'habitat résidentiel

Parmi les publics relais, compte tenu de l'importance quantitative des résidences individuelles (principalement) et collectives en termes de création de gîtes larvaires du « moustique tigre », la priorité doit se porter sur les acteurs institutionnels et professionnels en lien direct avec l'habitat.

- Les collectivités territoriales et, principalement, les communes :

- en tant qu'actrices de la prévention au sein de leur propre patrimoine bâti.
- en tant que prescripteurs des préconisations « vertueuses » auprès d'une pluralité de publics cibles directs, collectifs et individuels.

_ Les organismes d'habitat social et les gestionnaires de copropriétés:

Un travail avec les Unions régionales des organismes d'habitat social (URO), qui fédèrent tous les bailleurs sociaux publics et privés et qui sont en relation avec les professionnels de la gestion d'immeubles, permettra de cadrer les démarches de communication auprès de leurs ressortissants (résidents, associations de locataires, etc).

–_ professions liées au bâtiment et aux travaux publics :

Un travail avec les regroupements des professionnels du bâtiment, de la construction et des travaux publics permettra d'envisager :

- la gestion voire les corrections de situations structurelles favorables à la prolifération des moustiques.
- la communication, la valorisation et le respect des réglementations existantes.
- une réflexion sur leur évolution éventuelle.
- la mise en œuvre de démarches de sensibilisation et de conviction auprès de leurs ressortissants respectifs.

Les autres relais mobilisables

Habitat individuel (et problématique générale)

- ♦ Communes / Intercommunalités :
 - service Patrimoine immobilier communal
 - service Relations avec la population / Démocratie de proximité
- ♦ Communes, Intercommunalités, Départements, Régions :
 - directions de la communication

- rédactions des supports informatifs (magazine, newsletter, site web, etc).
- ♦ Associations et comités de quartier

Habitat collectif

- ♦ Bailleurs sociaux publics et privés
- ♦ Unions régionales des organismes d'habitat social
- ♦ Syndics d'immeubles
- ♦ Conseils syndicaux
- ♦ Associations et comités de quartier
- ♦ Communes / Intercommunalités :
 - service Relations avec la population / démocratie de proximité
- ♦ Communes, Intercommunalités, Départements, Régions :
 - directions de la communication
 - rédactions des supports informatifs (magazine, newsletter, site web, etc)

Voirie, Espaces verts, Espaces publics non bâtis

- ♦ EDF / GDF Suez (chantiers de réseaux)
- ♦ France télécom (chantiers de réseaux)
- ♦ Régies ou sociétés gestion des eaux (chantiers de réseaux)
- ♦ Communes / Intercommunalités :
 - services techniques
 - service Voirie / Espace public
 - service Espaces verts
 - service Nettoyement (et prestataires)
 - service Collecte des OM (et prestataires)
 - services et sociétés de transport collectif

Bâti (constructions résidentielles individuelles et collectives, bureaux)

- ♦ Fédérations régionales et départementales BTP
- ♦ Ordres régionaux des architectes
- ♦ CAPEB (artisans)
- ♦ Préfectures
- ♦ DREAL

Santé

- ♦ Communes (élus et services) :
 - service Santé / SCHS
 - CCAS
- ♦ Départements (élus & services)
 - directions de la Solidarité départementale / DSD
- ♦ Ordre des pharmaciens
- ♦ Ordre des médecins

Commerces à risques

- ♦ Chambres de commerce et d'industrie
- ♦ Chambres de métiers
- ♦ Fédérations professionnelles associées

Exploitations et friches agricoles

- ♦ Syndicats d'exploitants agricoles
- ♦ Chambres d'agriculture
- ♦ DREAL

Installations portuaires

- ♦ Syndicats de gestion portuaire
- ♦ Collectivités territoriales compétentes

Industrie touristique

- ♦ Unions départementales et régionales des métiers de l'industrie hôtelière (UMIH)
- ♦ Gîtes de France
- ♦ Fédérations départementales et régionales de l'hôtellerie de plein air
- ♦ Fédération Nationale des Agences immobilières (immobilier de loisirs et résidences de tourisme)
- ♦ Offices communaux du tourisme / Syndicats d'initiative
- ♦ Comités départementaux et régionaux du tourisme

Éducation

- ♦ Directions académiques / Rectorats
- ♦ Communes :
 - service Éducation / Affaires scolaires
 - service Enfance
- ♦ Départements (élus & services) :
 - service Éducation
- ♦ Régions (élus & services) :
 - service Éducation
- ♦ Associations d'éducation populaire

Relations Presse / Diffusion

- ♦ Clubs de la presse
- ♦ Services de presse des collectivités (collaboration)
- ♦ Collectivités / Institutionnels (halls publics, transports collectifs, services sociaux...)
- ♦ Régies publicitaires

ANNEXE 3 - L'importance des professionnels de santé dans le dispositif de mobilisation sociale

Au regard du rôle qui leur est attribué en matière de lutte antivectorielle et des éléments de connaissance qui doivent leur être délivrés, les professionnels de santé sont considérés comme des acteurs majeurs du dispositif de lutte contre le chikungunya et la dengue en métropole et sont identifiés comme tels au sein du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole » (mise à jour 2015).

Ainsi, une « communication de sensibilisation » portant sur « le moustique, ses nuisances et la LAV » doit leur être adressée dès le niveau 0b (présence contrôlée d'*Aedes albopictus*). L'ARS territorialement compétente assure une information renforcée des professionnels chargés du signalement des cas (professionnels de santé, biologistes) afin de les sensibiliser au « signalement sans délai » du chikungunya et de la dengue. A partir du niveau 1 (*Aedes albopictus* implanté et actif), les médecins et les pharmaciens sont sensibilisés et informés sur les conseils à prodiguer en particulier aux voyageurs et sur les mesures de lutte contre les gîtes larvaires. En fonction de l'évolution de l'implantation du vecteur et du risque sanitaire, les médecins reçoivent des informations sur le diagnostic, le processus de déclaration obligatoire, l'évolution et le traitement des maladies et les pharmaciens plus spécifiquement sur les répulsifs en vente dans leurs officines ainsi que sur les autres moyens de protection. Les infirmiers sont également identifiés en tant que cibles de la communication dès le niveau 1 pour ce qui concerne le dispositif de déclaration obligatoire, les conseils aux voyageurs, la protection individuelle ainsi que les bonnes pratiques de prise en charge.

Pourtant, les études les plus récentes mettent en évidence que les médecins généralistes sont encore « les maillons faibles » du dispositif de lutte antivectorielle en particulier en matière de repérage et signalement des cas ; ils ne repèrent pas la pathologie, ne donnent pas forcément les bonnes informations en matière de prévention lors des départs en voyage et, en présence d'un cas, ne pensent pas toujours à conseiller à leur patient d'éviter tout déplacement, ce qui peut entraîner des coûts de démoustication non négligeables et augmente le risque de contaminations autochtones.

Les articles parus dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) d'avril 2015 traitant du chikungunya et de la dengue en France métropolitaine, confirment une grande différence entre les cas identifiés et rapportés par les médecins (Déclaration obligatoire) et les cas confirmés par le réseau des laboratoires en métropole (cf. en particulier l'épisode de chikungunya autochtone d'octobre 2014 à Montpellier). Alexandra Septfonds *et al.*, considèrent qu'en matière de Déclaration obligatoire ou dans le cadre du dispositif de surveillance renforcée, « une meilleure sensibilisation des médecins et biologistes permettrait une identification plus rapide des cas pour une mise en place des mesures de LAV ». Sandra Giron *et al.* concluent leur article sur les nouveaux cas de dengue autochtones en PACA par le constat que « L'information des professionnels de santé sur le dispositif et les modalités diagnostiques n'était pas optimale. Il est primordial d'insister sur la rapidité du signalement des cas de dengue aux autorités sanitaires, d'un diagnostic et de prescriptions adaptées en fonction des délais par rapport à la date de début des signes. Les échanges avec les professionnels de santé rencontrés à Aubagne ont montré que certains manquaient d'information alors qu'ils en étaient demandeurs ».

Les travaux de recherches traitant du chikungunya et/ou de la dengue en France métropolitaine, notamment dans le cadre de thèses de médecine, de pharmacie ou de biologie, ont mis en évidence dès le début de la prise en compte du risque pour la métropole un manque de connaissances des professionnels de santé et en particulier des médecins généralistes, une appréhension vis-à-vis de cette affection et une inadaptation de la formation relative aux maladies dites « tropicales » (Philipps, 2009 ; Echard, 2010 ; Marchet, 2011). Cela s'est d'ailleurs traduit par la proposition et la formalisation de documents type « fiche de renseignements » ou « plaquette d'information » à destination des praticiens dans le but d'améliorer leur pratique professionnelle (Echard, 2010 ; Marchet, 2011).

Il convient d'ailleurs de noter que les médecins n'ont pas une connaissance ni une sensibilisation plus importante que la population générale aux questions d'environnement, et notamment de son impact sur la santé et leurs appréhensions ne sont pas toujours très éloignées de celles de leurs patients. Cet aspect a été mis en évidence par différents travaux de recherche, certains relativement récents qui prennent pourtant en compte le rapprochement qui s'est opéré entre ces deux champs que sont la santé et l'environnement aux cours des dernières décennies (Vernazza-Licht et al., 2010 : 26). La plupart de ces travaux concluent sur le constat fait par les médecins généralistes qu'ils ne sont pas en mesure d'apporter des réponses satisfaisantes aux questions posées par les patients sur les pathologies liées à l'environnement et sont demandeurs de formation et d'informations (Menard et al., 2012). Dans une récente thèse de médecine l'auteur pointe dans son analyse, « malgré un certain intérêt, le manque d'informations et de formation des médecins, et donc leur difficulté à faire de la prévention dans ce domaine face à une forte demande d'information des patients » (Fehrenbach, 2014).

Si certains professionnels de santé s'impliquent et se présentent même comme promoteurs d'informations ou d'actions sur les risques sanitaires, souvent au sein d'associations (Association Santé Environnement France (ASEF), Société Française de Santé et Environnement (SFSE), ...) la plupart apparaissent comme faiblement intéressés et impliqués par la problématique santé/environnement (Attané et al., 2010 ; Menard et al., 2012).

Il faut aussi noter que les médecins se disent d'autant plus sensibilisés et concernés par les risques sanitaires environnementaux qu'ils exercent à proximité de sites à risque (Attané et al. 2010) et on pourrait penser qu'il en est de même pour ceux exerçant dans les zones métropolitaines où *Aedes albopictus* est aujourd'hui bien implanté. Néanmoins des recherches menées à la Réunion auprès des généralistes ayant eu à connaître et gérer l'épidémie de chikungunya tendent à relativiser cet intérêt et les limites de leur action d'information. En effet, 60% des médecins participants à une étude ont déclaré ne pas avoir adhéré à l'activité de signalement des cas pendant toute la durée de l'épidémie et l'ont justifié par des contraintes de disponibilité en contexte de saturation des capacités liées à l'afflux massif des patients affectés par l'épidémie, et la complexité du formulaire de signalement (Fénétrier et al., 2009). Cette étude mettait également en évidence l'implication plus forte des médecins en réseaux sentinelles durant l'épidémie et une prise en considération plus importante du chikungunya chez les médecins qui avaient été eux-mêmes malades.

En attendant la formalisation d'une médecine environnementale dans la formation initiale des professionnels de santé (cf. PNSE1), il faut donc faire le constat que l'information des professionnels de santé sur les maladies liées à l'environnement, plus que dans d'autres secteurs de la santé, demande à être développée et qu'en ce qui concerne les médecins généralistes, leur intérêt professionnel au quotidien est moindre au regard des pathologies qu'ils gèrent régulièrement dans leur cabinet.

Pourtant, il faut rappeler la confiance dont les patients témoignent à l'égard de leur médecin généraliste comme interlocuteur privilégié et que l'on retrouve dans différentes études (Menard et al., 2012). Lors de l'épidémie de chikungunya à la Réunion les médecins avaient constitué le premier recours de soins pour les malades (Bley et al., 2009). Au quotidien, ils sollicitent souvent leur pharmacien d'officine pour des conseils (Hilgers, 2004 ; Mbarga et al., 2014) ou pour l'achat de répulsifs (Vernazza-Licht et al., 2012) . Malgré cela les recherches menées en région PACA auprès de médecins généralistes ont mis en évidence que les médecins se mettent en position d'attente tant vis-à-vis des problèmes de santé liées à l'*aedes albopictus* qu'ils estiment pouvoir gérer le moment venu, que des informations qui doivent leur être délivrées par les autorités sanitaires en situation de risque (Vernazza-licht et al., 2012) . Par contre, les pharmaciens se positionnent comme des acteurs de santé publique au contact régulier et d'accès facile avec la population. Sous réserve de la mise en place de réseaux d'information et de formations, ils se disent en situation d'être des relais pour participer à des campagnes de prévention, d'autant que leur rôle en la matière a été accru par les dispositions de la Convention nationale des pharmaciens d'officines en vigueur depuis mai 2012 qui leur fixent de nouvelles fonctions (Vernazza-Licht et al., 2012).

Dans un processus de mobilisation sociale face au risque de chikungunya et de dengue en métropole les professionnels de santé peuvent servir de « relais » entre les informations provenant des institutions sanitaires et le questionnement de leurs patients mais leur perception actuelle de l'impact de ces deux maladies en métropole tend à leur faire minorer leur importance dans le flux des pathologies qu'ils ont à gérer au quotidien. Il convient donc de veiller tant aux connaissances qu'aux perceptions de ces professionnels d'autant qu'en matière de maladies vectorielles ils doivent être également considérés comme des « cibles » puisqu'ils sont également susceptibles de contracter, ainsi que leurs proches, ces deux maladies.

Bibliographie citée

Attané A., Bouchayer F., Matteï J-C., *et al.*, 2010, Attitudes et connaissances des médecins généralistes face aux risques environnementaux In : Vernazza-Licht N., Gruénais M-E., Bley D., *Sociétés, Environnements, Santé*. Marseille : IRD, pp. 147-168.

Bley D., Vernazza-Licht N., Ernst-Vintila A., Gaimard M., Sauzade S., Sou lance D., Gauzeres Ba, Malvy D., 2009. *Savoirs, représentations et comportements des Réunionnais en matière de santé et d'environnement dix-huit mois après l'épidémie de chikungunya*. XVè actualités du Pharo – Arboviroses tropicales, 17-19 septembre 2009, Poster.

Bull Epidémiol Hebd., *Dengue et chikungunya en France métropolitaine une surveillance nécessaire*, <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2015/BEH-n-13-14-2015>

Echard A., 2010, *Connaissances de médecins généralistes sur le virus chikungunya en France métropolitaine*, thèse de médecine, Université Paris XII, 45 p.

Fehrenbach M., 2014, *Evaluation de la perception et des connaissances des médecins généralistes de la Gironde sur les facteurs de risques environnementaux cancérologènes*, Thèse de médecine, Université Victor-Segalen, Bordeaux, décembre 2014, 85 p.

Fenetrier E., Vernazza-Licht N., Bley D., Malvy D., Sissoko D., Aubry P., *et al.*, 2009, La gestion de l'épidémie de Chikungunya 2005-2006 à La Réunion par le médecin traitant. *Bull Soc Pathol Exot*. 2009 : 102, 2 : 130-136.

Giron S, Rizzi J, Leparç-Goffart I, Septfons A, Tine R, Cadiou B, *et al.*, 2015, Nouvelles apparitions de cas autochtones de dengue en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, France, août septembre 2014. *Bull Epidémiol Hebd*. 2015 ; (13-14):217-23. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/13-14/2015_13-14_3.html

Hilgers M., 2004, « Patients ou clients ? Analyse anthropologique des échanges dans une pharmacie de Belgique », *Ethnologies comparées*, 7 :<http://recherche.univ-montp3.fr/cerce/r7/m.h.htm> (page consultée le 08/09/2014).

Marchet A., 2011, *Les arboviroses tropicales émergentes en France : Dengue et chikungunya. Etude du rôle du pharmacien d'officine dans la lutte antivectorielle*, Thèse de doctorat en pharmacie, Université Angers, 192 p.

Mbarga J., Foley R-A *et* Decollogny A., 2014, «De la relation pharmaciens-usagers. Reconfigurations et négociations dans une pharmacie suisse », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 9 | 2014, mis en ligne le 20 novembre 2014, consulté le 28 avril 2015. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/1494> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.1494

Menard C., Léon C., Benmarhnia T., 2012, Médecins généralistes et santé environnement, in *Evolutions, Résultats d'études et de recherches en prévention et éducation pour la santé*, n°26, avril 2012, 6 p.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014, *Guide relatif « Aux modalités de mise en oeuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole » (mise à jour 2014)*, 88 p.

Philipps D., 2009, *Extension des moustiques vecteurs : le cas d'Aedes albopictus*, Thèse de doctorat en pharmacie, Université de Strasbourg, 79 p.

Septfons A, Noël H, Leparç-Goffart I, Giron S, Delisle E, Chappert JL, et al., 2015, Surveillance du chikungunya et de la dengue en France métropolitaine, 2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015 ; (13-14):204-11. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/13-14/2015_13-14_1.html

Vernazza-Licht N., Bley D., Raude J., 2012, Comment les professionnels de santé confrontés à l'émergence de nouvelles arboviroses gèrent l'interface santé/environnement, *SHS Web of Conferences* 3, 02006 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1051/shsconf/20120302006>

Vernazza-Licht N., Gruénais M. E., Bley D., 2010, Les relations environnement/santé : un champ de réflexion et d'implication pour les sciences sociales in Vernazza-Licht N., Gruénais M. E., Bley D., eds : *Sociétés, environnements, santé*, Paris, Editions IRD, pp. 22-31.