

JEAN-BAPTISTE RICHARD
AUDREY SITBON
Santé publique France

Baromètre santé DOM 2014

Sentiment d'information

INTRODUCTION

Depuis sa création en 1992, le Baromètre santé, conduit en France métropolitaine, pose une série de questions sur le sentiment d'être informé sur de grands thèmes de santé. Les items questionnés dans chacune des vagues d'enquête ont pu varier en fonction des préoccupations du moment, mais la majorité d'entre eux sont restés identiques d'une vague à l'autre. Le suivi du sentiment d'information permet d'une part de hiérarchiser les connaissances, d'autre part de pointer les éventuels déficits d'information du public. Il reflète en partie l'exposition des individus aux campagnes d'information et de prévention, et peut également constituer un indicateur des attentes de la population en matière d'information sur la santé.

Ainsi, il semblait nécessaire que l'extension du Baromètre santé dans les DOM interroge ces différentes populations sur leur niveau d'information perçue. L'objectif était de s'intéresser, au-delà des thèmes classiquement suivis dans le Baromètre santé (alcool, cancer, vaccination...), à des enjeux de santé publique spécifiques à ces territoires. Par conséquent, certains sujets ont été ajoutés spécialement pour les DOM (diabète, hyperten-

sion artérielle, chikungunya, dengue, paludisme, leptospirose), et seule une partie d'entre eux peuvent faire l'objet d'une comparaison avec les données de l'enquête métropolitaine menée en 2014 : vaccination, alcool, cancer, maladie d'Alzheimer, dépression et hépatites virales.

Ces premières données visent principalement à faire l'état des connaissances au niveau populationnel, ainsi qu'à mesurer d'éventuelles disparités dans le sentiment d'information sur la santé selon les grandes caractéristiques sociodémographiques. En particulier, cette analyse cherchera à tester l'existence de groupes de population moins bien informés à partir d'une analyse multivariée incluant l'âge, le sexe, les ressources financières, le niveau d'éducation, ainsi que le lieu de naissance (DOM, France métropolitaine, pays étranger) et la langue parlée le plus souvent en famille (français, créole, autre langue). Il s'agira ainsi de mettre en évidence d'éventuelles inégalités dans l'accès à l'information ou dans la compréhension des messages, et de participer de cette façon à l'amélioration ou au ciblage des dispositifs d'information et de prévention en matière de santé.

RÉSULTATS

Le sentiment d'information dans les DOM à l'égard de différents sujets de santé varie sensiblement en fonction des thématiques [tableau I]. Plus de 80 % des personnes interrogées se déclarent bien informées sur l'alcool, autour de 70 % sur le cancer, environ 50 % sur la dépression et moins de 40 % sur les hépatites virales. Hormis ces quatre sujets pour lesquels les résultats sont assez similaires quel que soit le DOM interrogé, sur d'autres thématiques, le sentiment d'information diffère d'un DOM à l'autre.

Ainsi, la dengue est l'objet d'un score élevé (plus de 83 %) partout sauf à La Réunion (61,3 %). Le sentiment d'être bien informé sur le chikungunya et le diabète concerne environ 80 % des personnes dans tous les

DOM sauf en Guyane (73,9 % pour le chikungunya et 73,0 % pour le diabète). En Guyane, le sentiment d'information est plus élevé sur les vaccinations, soit 79,4 %, alors qu'il est aux alentours de 70 % dans les autres DOM interrogés. Le sentiment d'information à l'égard de la maladie d'Alzheimer est assez variable, de 70,4 % à la Martinique à 55,8 % à La Réunion. Aux Antilles, les personnes interrogées se sentent mieux informées sur l'hypertension artérielle (64,5 % et 63,6 %) alors qu'elles sont respectivement 53,3 % et 52,5 % en Guyane et à La Réunion. Les scores varient par ailleurs beaucoup concernant la leptospirose et sont globalement assez faibles : de 56,5 % à La Réunion à 16,8 % en Guyane. Il en est de même pour le paludisme (non interrogé à La Réunion) :

TABLEAU I Sentiment d'information (être très bien ou bien informé) dans les DOM et comparaison avec la métropole sur différents sujets de santé pour les 15-75 ans (en pourcentage)

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Métropole
Alcool	88,7	87,1**	83,8***	90,3	90,3
Maladie d'Alzheimer	70,4***	64,2***	57,9	55,8	58,0
Cancer	72,9***	69,6***	68,2***	70,4***	77,4
Chikungunya	79,2	81,8	73,9	84,3	
Dengue	85,0	83,1	83,5	61,3	
Dépression	54,3*	50,8	48,1	49,5	50,2
Diabète	81,0	80,0	73,0	83,6	
Hépatites virales	38,7*	38,6**	34,7*	32,2***	42,6
Hypertension artérielle	64,5	63,6	53,3	52,5	
Leptospirose	35,8	52,4	16,8	56,5	
Paludisme	24,5	22,3	58,0	-	
Vaccinations	72,9***	71,1*	79,4***	69,9*	67,5

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson entre chaque DOM et la métropole.

Sources : Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

58,0 % des répondants se sentent bien informés sur le sujet en Guyane, contre 24,5 % et 22,3 % en Martinique et en Guadeloupe.

Les données en métropole sur les sujets interrogés en commun font apparaître les mêmes ordres de grandeur en matière de sentiment d'information et des scores assez proches notamment sur l'alcool ou la dépression. Néanmoins, le sentiment d'information est supérieur en métropole en ce qui concerne le cancer ou les hépatites virales et inférieur dans le cas des vaccinations et de la maladie d'Alzheimer.

DIFFÉRENCES DE GENRE

Il existe peu de différences entre les déclarations des hommes et des femmes à l'égard du sentiment d'information, à l'exception de la vaccination et de la leptospirose à La Réunion, de l'hypertension artérielle (sauf en Guyane), de la dengue en Martinique et de la dépression en Guyane [tableau II]. Quand des écarts apparaissent, les femmes se disent mieux informées que les hommes,

ce que l'on retrouve également en métropole. La leptospirose fait exception, 52,6 % des femmes à La Réunion ayant le sentiment d'être bien informées contre 60,7 % des hommes.

DIFFÉRENCES SELON L'ÂGE

Une comparaison entre les plus jeunes et le reste de l'échantillon pour chaque DOM permet de mettre en évidence, quand des écarts apparaissent, un sentiment d'information plus faible chez les 15-30 ans [tableau III]. C'est le cas dans tous les DOM sur les thèmes de l'hypertension artérielle (-34 points en Guadeloupe), de la leptospirose (entre -8 et -20 points), du paludisme (de -13 à -17 points sauf à La Réunion), des hépatites virales (-10 points environ) ; à La Réunion sur la dengue (-18 points), en Guyane sur le chikungunya et enfin en Guyane et à La Réunion sur le diabète. En revanche, le sentiment d'information est plus élevé chez les jeunes sur deux sujets : l'alcool dans tous les DOM interrogés, à l'exception de La Réunion, et le chikungunya en Martinique (+10 points).

TABLEAU II Sentiment d'information (être très bien ou bien informé) sur différents sujets de santé dans les DOM en fonction du genre (en pourcentage)

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Alcool	88,2	89,1	86,8	87,4	83,6	84,0	91,0	89,7
Maladie d'Alzheimer	69,2	71,3	63,9	64,5	58,5	57,3	57,4	54,3
Cancer	70,8	74,8	67,4	71,5	66,5	69,9	68,7	72,1
Chikungunya	77,1	81,0	83,2	80,6	72,6	75,2	85,9	82,9
Dengue	82,7	87,0*	82,7	83,4	83,6	83,4	61,3	61,2
Dépression	52,7	55,6	49,4	51,9	44,9	51,1*	50,9	50,2
Diabète	80,1	81,7	77,9	81,7	71,5	74,4	84,5	82,9
Hépatites virales	38,7	38,7	36,8	40,1	35,5	34,1	33,3	31,1
Hypertension artérielle	60,6	67,7**	58,9	68,0***	51,5	55,0	49,6	55,1*
Leptospirose	37,9	34,1	53,4	51,6	18,7	15,1	60,7	52,6**
Paludisme	26,3	22,9	23,4	21,4	55,5	60,3	-	-
Vaccinations	71,6	74,1	69,0	72,9	77,6	81,0	67,1	72,6*

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson entre hommes et femmes, dans chaque DOM.

Sources : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

TABLEAU III Sentiment d'information (être très bien ou bien informé) sur différents sujets de santé dans les DOM en fonction de l'âge (en pourcentage)

	Martinique		Guadeloupe		Guyane		La Réunion	
	15-30 ans	31-75 ans	15-30 ans	31-75 ans	15-30 ans	31-75 ans	15-30 ans	31-75 ans
Alcool	93,0**	87,3	90,9*	85,8	86,8*	81,8	89,9	90,5
Maladie d'Alzheimer	72,7	69,6	66,4	63,5	55,1	59,6	54,0	56,6
Cancer	73,8	72,7	67,6	70,3	65,7	69,8	67,5	71,8
Chikungunya	86,6***	76,9	84,6	80,9	70,7*	76,0	84,4	84,3
Dengue	88,0	84,1	84,5	82,6	81,8	84,5	48,7***	67,0
Dépression	50,2	55,6	52,4	50,2	46,9	48,9	46,3	51,0
Diabète	80,6	81,1	80,0	80,7	68,5**	75,8	79,5**	85,5
Hépatites virales	31,0***	41,2	30,7***	41,3	28,0***	39,0	25,6***	35,2
Hypertension artérielle	42,7***	71,4	38,0***	72,4	41,3***	60,9	36,3***	59,9
Leptospirose	20,4***	40,7	44,3***	55,2	11,9***	20,0	46,6***	61,0
Paludisme	14,3***	27,7	11,5***	26,0	47,5***	64,6	-	-
Vaccinations	74,3	72,5	72,3	70,7	78,7	79,8	67,7	71,0

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson entre 15-30 ans et 31-75 ans, dans chaque DOM.

Sources : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

FACTEURS ASSOCIÉS

La situation des personnes qui se sentent les moins bien informées a été analysée, en sélectionnant le quart inférieur des réponses sur le sentiment d'information à l'ensemble des sujets de santé [tableau IV]. Il en résulte que la probabilité de se sentir moins bien informé augmente dans les quatre DOM si l'on est jeune (moins de 45 ans, mais surtout moins de 30 ans). Un faible niveau de revenus (à l'exception de la Guadeloupe) et

un niveau de diplôme inférieur au bac (à l'exception de La Réunion) sont également associés à un sentiment d'information plus faible. C'est également le cas de l'usage d'une autre langue principale que le français (à l'exception de La Réunion), et des personnes qui résident en Guadeloupe et en Guyane et déclarent n'être ni nées dans le DOM où elles ont été interrogées ni en France métropolitaine. Le genre est uniquement significatif en Martinique, les hommes s'y sentant moins informés.

TABLEAU IV Facteurs associés au sentiment d'être mal informé (quartile le moins informé sur le score de cumul des différents thèmes évoqués) dans les DOM

	Martinique				Guadeloupe			
	n	%	ORa	IC à 95 %	n	%	ORa	IC à 95 %
Sexe		*						
Homme	825	31,7	1,2*	[1,0; 1,5]	820	31,7	1,1	[0,9; 1,3]
Femme (réf.)	1 177	26,3	1		1 191	28,2	1	
Âge								
15-30 ans	409	34,0	1,9***	[1,4; 2,7]	421	34,7	2,0***	[1,5; 2,8]
31-45 ans	560	26,9	1,5*	[1,1; 2,0]	603	30,9	1,6**	[1,2; 2,2]
46-60 ans	659	26,8	1,1	[0,8; 1,4]	623	27,0	1,1	[0,8; 1,6]
61-75 ans (réf.)	374	27,6	1		364	25,6	1	
Diplôme inférieur au bac		**				**		
Non (réf.)	891	24,1	1		884	25,7	1	
Oui	1 111	31,3	1,3*	[1,0; 1,6]	1 127	32,0	1,3*	[1,0; 1,6]
Revenus faibles (1^{er} tercile)		***				*		
Non (réf.)	1 476	25,8	1		1 536	27,7	1	
Oui	526	35,4	1,5***	[1,2; 1,9]	475	35,0	1,1	[0,9; 1,4]
Lieu de naissance						***		
DOM interrogé (réf.)	1 665	28,8	1		1 530	28,0	1	
France métropolitaine	219	25,8	1,2	[0,9; 1,7]	265	24,4	1,0	[0,7; 1,4]
Autre endroit	118	32,9	1,2	[0,8; 1,8]	216	45,6	1,8***	[1,3; 2,4]
Français parlé le plus souvent en famille		**				**		
Non	479	35,4	1,5**	[1,2; 1,9]	705	34,6	1,5***	[1,2; 1,8]
Oui (réf.)	1 523	26,4	1		1 306	26,7	1	
	Guyane				La Réunion			
	n	%	ORa	IC à 95 %	n	%	ORa	IC à 95 %
Sexe								
Homme	892	25,4	1,1	[0,9; 1,4]	833	25,0	1,0	[0,8; 1,2]
Femme (réf.)	1 095	24,4	1		1 250	26,5	1	
Âge		**				***		
15-30 ans	660	29,2	2,1***	[1,4; 3,3]	589	34,2	2,6***	[1,7; 3,9]
31-45 ans	711	25,0	1,8**	[1,2; 2,8]	711	26,8	1,9**	[1,3; 2,8]
46-60 ans	431	19,3	1,0	[0,6; 1,6]	571	19,2	1,1	[0,7; 1,7]
61-75 ans (réf.)	185	17,8	1		212	15,0	1	
Diplôme inférieur au bac		***						
Non (réf.)	857	17,5	1		931	25,1	1	
Oui	1 130	27,6	1,4*	[1,1; 1,8]	1 152	26,1	1,1	[0,9; 1,4]
Revenus faibles (1^{er} tercile)		***				*		
Non (réf.)	1 607	21,6	1		1 589	23,8	1	
Oui	380	33,8	1,3*	[1,0; 1,8]	494	30,5	1,4**	[1,1; 1,7]
Lieu de naissance		***						
DOM interrogé (réf.)	951	22,6	1		1 627	26,2	1	
France métropolitaine	324	15,4	0,9	[0,6; 1,3]	313	20,9	0,9	[0,6; 1,2]
Autre endroit	712	30,2	1,5***	[1,2; 1,9]	143	29,5	1,2	[0,8; 1,7]
Français parlé le plus souvent en famille		***						
Non	709	30,2	1,4**	[1,1; 1,8]	1 242	26,7	1,0	[0,8; 1,3]
Oui (réf.)	1 278	20,4	1		841	23,9	1	

* : p < 0,05; ** : p < 0,01; *** : p < 0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne ORa (odds ratios ajustés issus des régressions logistiques).

Source : Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France

DISCUSSION

SENTIMENT D'INFORMATION PAR SUJET INTERROGÉ

Alcool

Dans l'ensemble des DOM, l'alcool est le sujet à l'égard duquel les personnes interrogées se sentent le mieux informées et ce dans les mêmes proportions qu'en métropole. En Guyane, le pourcentage de personnes se disant bien informées est un peu inférieur à celui des autres DOM, mais reste supérieur à 80 %. Dans les départements français d'Amérique (DFA), les jeunes se sentent plus informés que leurs aînés, résultat rejoignant les observations menées en métropole [1]. Le sentiment d'information au sein des populations résidant dans les DOM est à mettre en regard avec des niveaux de consommation d'alcool globalement inférieurs à ceux observés en France métropolitaine, parmi les adultes comme parmi les adolescents [2, 3]. Toutefois, les consommations à risque chronique restent particulièrement élevées. La mortalité liée à l'alcool, en particulier du fait de psychoses alcooliques, cirrhoses du foie et cancers des voies aérodigestives supérieures, se révèle supérieure à La Réunion (le taux standardisé de décès y est 1,5 fois plus important qu'en métropole) [4]. Dans les DFA, on observe une importante surmortalité masculine par psychose alcoolique, et une sous-mortalité légère dans le cas des cirrhoses, le département le plus touché étant la Guadeloupe [5-7]. Cependant, la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool a décru sensiblement sur la période 2001-2008 en Guadeloupe [8]. En Martinique, une enquête « alcool » menée en 2001 avait montré que si 57 % des hommes et 86 % des femmes avaient un profil alcool « sans risque », près de 14 % des hommes et 3 % des femmes présentaient une dépendance à l'alcool, plaçant les hommes de Martinique au troisième rang des régions françaises les plus touchées [6]. Les actions de prévention ont donc intérêt à se poursuivre, comme c'est le cas par exemple en Guyane : les campagnes nationales sont relayées, tandis que des actions de communication locales réalisées par la préfecture et les municipalités en lien avec la sécurité routière ont notamment lieu durant la période carnavalesque (janvier – février). De plus, en 2013, la conférence régionale de santé et de l'autonomie a organisé un débat public sur le thème « jeunes et conduites addictives ».

Cancer

Le sentiment d'information à l'égard du cancer est un peu plus faible dans les DOM qu'en métropole (autour de 70 % vs 77 %), ce sentiment d'information ne variant ni en fonction de l'âge ni du genre. Ces résultats peuvent être rapprochés des données épidémiologiques sur le cancer dans ces départements. Globalement, les taux standardisés de prévalence des tumeurs malignes (en affections de longue durée) sont nettement inférieurs dans tous les DOM à ceux de France métropolitaine [tableau V]. De même, le taux de mortalité par cancer est inférieur dans les DOM, à quelques exceptions près : chez les hommes, l'incidence des cancers de la prostate et de l'estomac est beaucoup plus élevée dans les DFA qu'en métropole ; chez les femmes, c'est l'incidence du cancer du col de l'utérus et de l'estomac qui y est plus élevée [9, 10]. À La Réunion, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches, du poumon, du côlon, du pancréas et du sein pour les femmes sont significativement moins importantes qu'en métropole. À l'inverse, une surmortalité significative est observée pour les tumeurs malignes de l'estomac, et une tendance similaire, quoique non significative, est observée pour les cancers du col de l'utérus [11].

Maladie d'Alzheimer

Peu de données sont disponibles concernant l'estimation du nombre de personnes touchées par des démences dans les DOM : 7 500 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées en Martinique [12], moins de 1 000 en Guyane [13]. À La Réunion, on estimait en 2006 que 3 600 personnes de 75 ans et plus étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les niveaux de prévalence de démences prises en charge sont inférieurs en Guadeloupe (7,4 ‰), à La Réunion (4,5 ‰) et en Guyane (2,3 ‰) à ce qu'ils sont au niveau national (8,9 ‰)¹. Le sentiment d'information sur la maladie d'Alzheimer est en quelque sorte en cohérence avec les données épidémiologiques, elles-mêmes en lien avec les profils démographiques variables des DOM, les départements antillais connaissant un vieillissement

1. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/index.php>

TABLEAU V Taux standardisés de prévalence de certaines affections de longue durée au 31/12/2013

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Métropole
Diabète de type 1 et diabète de type 2	5 552	6 913	5 491	6 844	3 654
Tumeur maligne	1 673	2 318	1 671	2 313	3 391
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	140	204	216	183	306
Hypertension artérielle sévère	4 904	7 480	5 718	3 851	1 937
Maladie d'Alzheimer et autres démences	532	455	353	372	494
Affections psychiatriques de longue durée	1 380	1 880	719	1 268	1 971

Source : Cnamts-DSES (fréquence des ALD au 31/12/2013). Données « France entière » dans la colonne métropole.

de la population que ne rencontrent pas la Guyane ou La Réunion. Aussi le sentiment d'être bien informé sur la maladie d'Alzheimer est-il plus élevé en Martinique (70,4 %) et en Guadeloupe (64,2 %), plus faible en Guyane (57,9 %) et à La Réunion (55,8 %) où les proportions se rapprochent de celle de la métropole (58 %). Les 15-30 ans dans les DOM se distinguent par un bien meilleur sentiment d'information sur la maladie d'Alzheimer que les jeunes métropolitains (ils sont plus de 50 %, voire 72,7 % en Martinique contre 44 % en métropole). On peut se demander si dans les DOM, la participation des plus jeunes à la prise en charge de la perte d'autonomie des plus âgés ne serait pas plus marquée, ce qui pourrait ainsi permettre de comprendre en partie cette différence. La maladie d'Alzheimer constitue ainsi un enjeu de santé publique, au vu de l'augmentation attendue du nombre de cas de démences à prendre en charge, liée d'une part au vieillissement à venir de ces populations, en particulier aux Antilles, d'autre part à la prévalence élevée des facteurs de risques en lien avec la maladie d'Alzheimer (hypertension, accidents vasculaires, diabète, obésité) [14, 15], qui pourraient avoir pour conséquence une survenue plus précoce des situations d'incapacité et de dépendance [16].

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) sévère est plus fréquente dans les DFA que dans l'Hexagone, de même que les attributions d'affection longue durée (ALD) pour cette raison. Ainsi, entre 2006 et 2009, le taux d'ALD liées à cette pathologie était de 957 pour 100 000 habitants en Guadeloupe, 776 en Guyane et 520 en Martinique contre 240 en métropole [17]. D'après l'enquête Kannari menée en 2013/2014, l'hypertension artérielle, mesurée à partir d'une tension supérieure à 14,9 et du pourcentage de personnes suivant des traitements en lien avec cette affection, est de 38,6 % en Guadeloupe et 37,1 % en Martinique, sans différence significative selon le sexe [18]. Dans une autre enquête, qui met en évidence des fréquences moins importantes d'HTA en Guyane, cette région serait dans une situation plus favorable, avec une prévalence sensiblement inférieure [19].

Il semble qu'à La Réunion, la fréquence des hypertension artérielles soit élevée : 3 851 cas pour 100 000 habitants contre 1 937 en métropole [tableau V], mais néanmoins moins importantes que dans les DFA. Il n'en demeure pas moins qu'on observe une surmortalité prématurée par maladie cardiovasculaire dans les DOM allant de +29,5 % en Martinique à +82,1 % à La Réunion [20].

Ces résultats sont à mettre dans un contexte de prévalence importante du diabète et de l'hypercholestérolémie, ainsi que d'obésité plus fréquente qu'en métropole. À l'exception du tabac, les risques de problèmes cardiovasculaires concernent particulièrement les résidents des Antilles [18].

La prévention s'oriente notamment sur l'information sur l'HTA, avec par exemple en Guyane une campagne de prévention annuelle autour de la Journée mondiale dédiée aux accidents vasculaires cérébraux (AVC). Des actions

en matière de nutrition et d'activité physique sont également organisées localement. Ainsi, toujours en Guyane, des campagnes grand public et visant des publics ciblés (établissements scolaires, groupes de personnes âgées, habitants des quartiers prioritaires, etc.) sont réalisées et financées par l'agence régionale de santé (ARS), la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), le conseil général (via la protection maternelle et infantile (PMI)), les mutuelles, etc.

Néanmoins, le pourcentage de personnes se sentant bien informées à l'égard de l'HTA est un peu plus faible en Guyane (53,3 %) et à La Réunion (52,5 %) qu'en Martinique et en Guadeloupe (respectivement 64,5 % et 63,6 %). Dans tous les DOM, les hommes se sentent plus souvent moins bien informés que les femmes, ce qui est également et assez logiquement le cas des moins de 30 ans.

Le diabète

Le diabète est une maladie du mode de vie dont les deux facteurs de risque essentiels résident dans une alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Dans tous les DOM, les taux standardisés d'admissions en ALD sont nettement plus élevés qu'en France métropolitaine pour le diabète [tableau V]. Dans les DFA, le diabète sucré était la maladie endocrinienne la plus meurtrière sur la période 2005-2009 et, à l'inverse de l'Hexagone, le taux de prévalence est plus important chez les femmes que chez les hommes [17]. À La Réunion, la prévalence du diabète est deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine, et il est estimé qu'un tiers des malades ignorent leur état. D'autre part, un sur-risque féminin est observé : la prévalence du diabète est estimée à 9,6 % chez les femmes contre 7,9 % chez les hommes [21]. Ces prévalences élevées dans les DOM sont certainement liées au fait qu'une grande majorité des personnes s'y sentent bien informées sur le diabète (plus de 80 % pour les Antilles et La Réunion et 73 % en Guyane). En Guyane et à La Réunion, les jeunes sont en proportion plus nombreux à se sentir moins bien informés. Aussi les actions de prévention et d'éducation nutritionnelle doivent-elles constituer une priorité, notamment auprès des jeunes.

La dépression

La mesure de la dépression dans le Baromètre santé DOM 2014 s'est faite à partir d'un indicateur qui vise à repérer des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif, à partir d'une version courte du *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI-SF [22], durant les douze derniers mois. Sur cette base, il se trouve que le pourcentage de personnes déclarant un tel épisode est assez proche dans les DOM et en métropole. Néanmoins, dans les DFA, on en déclare un peu moins (6,3 % en Martinique et en Guadeloupe, 6,4 % en Guyane) qu'en métropole (8,0 %), alors que les habitants de La Réunion en déclarent un peu plus souvent (8,4 %). Environ la moitié des personnes interrogées se sentent bien informées dans les DOM, les femmes plus que les hommes en Guyane.

Les vaccinations

La vaccination est un instrument important des politiques de santé publique visant à lutter contre les maladies infectieuses. L'augmentation du taux de couverture vaccinale, correspondant à la proportion de personnes vaccinées au sein d'une population, est un objectif visé dans le contrôle d'une maladie, dans l'optique de réduire la transmission et les risques d'épidémie. Aussi, le sujet de la vaccination fait l'objet de nombreuses actions d'information et de sensibilisation dans l'ensemble des DOM. À titre d'exemple, la semaine de la vaccination est organisée dans les DOM par les ARS, coordonnée conjointement au niveau national par les ministères des Affaires sociales et de la Santé et des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes et Santé publique France. Elle a pour objectif de favoriser une meilleure compréhension des enjeux de prévention liés à la vaccination et de rappeler l'importance de se faire vacciner. Les actions consistent par exemple en des campagnes d'affichage, des diffusions de spots radio, d'insertions dans la presse, des séances de vaccinations...^{2,3}. L'évaluation de la couverture vaccinale est réalisée par la collecte des certificats de santé du 24^e mois, ainsi que par la réalisation d'enquêtes menées en milieu scolaire [23, 24].

Il n'est évidemment pas possible de savoir dans quelle mesure ces actions, comme celles sur les autres thèmes de prévention, jouent sur le sentiment d'information. Néanmoins, on peut constater que sur la vaccination, le sentiment d'être bien informé est plus élevé dans les DFA qu'en métropole ou à La Réunion où les niveaux sont comparables. Ce résultat est aussi à mettre en regard d'une couverture vaccinale importante dans les DOM. En Guyane, depuis 2000, la couverture vaccinale concernant le BCG, le ROR, la fièvre Jaune, l'Hépatite B ou l'Hib a nettement augmenté, particulièrement dans les zones de l'intérieur. Toutefois, pour la vaccination ROR par exemple, même si la couverture vaccinale de la première dose est bien supérieure à 95 %, des efforts restent à faire afin de parvenir à une meilleure couverture pour la deuxième dose, ce constat étant établi aux Antilles comme en Guyane [25]. De même, à La Réunion, des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années au regard de la prévention des maladies infectieuses évitables par la vaccination [26]. Quel que soit le DOM, les spécialistes rappellent qu'il est essentiel de continuer les efforts de promotion de la vaccination en ciblant particulièrement les populations les plus à risque de ne pas se faire vacciner, afin de continuer à améliorer la couverture vaccinale pour l'ensemble des valences et être proche des 95 % de couverture prônés par l'Organisation mondiale de la santé. Soulignons enfin la particularité de la Guyane, département dans lequel la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire depuis 1967.

Les hépatites virales

Les hépatites sont des maladies du foie le plus souvent dues à une infection (virus). Les hépatites virales sont classées de A à G en fonction de la famille du virus en cause. Les hépatites virales B et C représentent les enjeux les plus importants en matière de santé publique, en raison du nombre de cas et de leur gravité.

L'hépatite B se transmet principalement par voie sexuelle, par contact direct avec du sang infecté et par transmission materno-fœtale, et la prévention de l'hépatite B repose avant tout sur le dépistage (femmes enceintes, dons du sang) et sur la vaccination.

En 2012 et 2013, la Guadeloupe n'a pas enregistré de cas d'hépatite B aiguë. En 2012, la Martinique et la Guyane ont présenté un taux de déclaration annuel inférieur à 1 cas pour 100 000 habitants, tout comme en France métropolitaine. En 2013, aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été enregistré en Guyane alors que la Martinique en dénombrait trois [27].

L'activité de dépistage de l'hépatite B à La Réunion, estimée à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie (ne concernant que le seul secteur privé), était de 68 pour 1 000 habitants en 2012, supérieure à celle observée en France métropolitaine (37 pour 1 000), mais plus proche de la moyenne observée dans les DOM (63 pour 1 000). La prévalence hospitalière de l'hépatite B chronique est estimée à 0,07 % à La Réunion et est inférieure à celle observée dans les DOM (0,12 %) et en France métropolitaine (0,08 %) [28]. La prévalence hospitalière de l'hépatite B chronique est quatre fois plus élevée en Guyane qu'en France métropolitaine (0,3 %).

Le virus de l'hépatite C se transmet principalement par voie sanguine (transfusion, utilisation de drogues par voie intraveineuse, transplantation d'organes). Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C à l'heure actuelle. Le moyen le plus efficace de lutter contre ce virus réside dans la maîtrise du risque de transmission nosocomiale (transfusions sanguines, injections à risque, etc.) et dans la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues injectables. Le dépistage des personnes à risque constitue également un élément important de la lutte contre cette infection. L'activité de dépistage de l'hépatite C est plus élevée dans les DOM qu'en métropole [29].

Alors que le risque de transmission des hépatites virales est un peu plus important dans les DOM qu'en métropole, le sentiment d'être bien informé à ce sujet y est moins fréquent. Les actions de prévention ont donc intérêt à être renforcées.

Paludisme, chikungunya et dengue

Les DOM sont plus ou moins touchés, à des stades épidémiques de fréquence et d'intensité variables, par un certain nombre d'infections transmises par les moustiques, telles que le paludisme, le chikungunya ou la dengue.

Le paludisme est une infection parasitaire potentiellement mortelle, transmise par des piqûres de moustiques infectés du genre *Anopheles*, appelés « vecteurs du paludisme ». Depuis 1979, il a été éradiqué sur l'île de

2. http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=566&id=74_c11553645afd_b4a2boff8cf6805aof68&lang=fr&task=download&view=item

3. http://www.ac-guyane.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_-_semaine_de_vaccination_2010.pdf

La Réunion. Néanmoins, la situation géographique de l'île et la présence du moustique vecteur font que le risque de réintroduction de cette maladie est toujours présent et nécessite donc une surveillance en continu. Les Antilles ont été des zones d'endémie palustre jusqu'à une période relativement récente, les derniers cas autochtones étant survenus probablement au milieu des années 1960. Les vecteurs y sont toujours présents et des cas importés régulièrement diagnostiqués. Il n'est donc pas inimaginable de voir réapparaître des cas autochtones de paludisme comme cela a été le cas récemment dans plusieurs îles de la Caraïbe [30]. Dans ce contexte, la prévention du paludisme ne doit pas être relâchée et les interventions des équipes de lutte antivectorielle autour des cas doivent être systématiques et menées suffisamment tôt pour éviter toute installation d'une transmission autochtone.

En Guyane, le paludisme était intensément implanté au début des années cinquante. Les derniers bilans publiés sur le paludisme faisaient état de variations importantes des niveaux d'endémie en fonction des régions, certaines zones ayant été marquées par une augmentation du nombre de cas et d'autres par une nette diminution depuis 2006. La tendance est globalement à la diminution, celle-ci étant attribuable aux actions menées en Guyane et au Surinam, avec le recours rapide au diagnostic même dans les territoires isolés grâce à l'utilisation des tests de diagnostic rapide débouchant sur un traitement précoce à base d'associations d'antimalariques. Une plus large utilisation des moustiquaires imprégnées, dont l'impact est malheureusement difficile à évaluer, pourrait également expliquer cette évolution favorable [31]. En Guyane, un plan de lutte contre le paludisme a été mis en place pour la période 2015-2018⁴.

Le sentiment d'information à l'égard du paludisme est logiquement plus important en Guyane qu'en Martinique ou en Guadeloupe où il n'a donc quasiment plus cours : 58,0 % des Guyanais se disent bien informés contre respectivement 24,5 % des Martiniquais et 22,3 % des Guadeloupéens. La question du sentiment d'information n'a pas été posée aux habitants de La Réunion en raison de l'absence de l'infection sur l'île depuis plus de 30 ans.

Le chikungunya est une maladie causée par un virus transmis par des moustiques de la famille des *Aedes* tels que le moustique tigre. Ses symptômes sont de la fièvre couplée à des douleurs articulaires qui peuvent perdurer durant des mois, voire des années [32]. La présence du virus a d'abord été détectée dans des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Ouest, les épidémies pouvant cesser ensuite durant des décennies, comme ce fut le cas en Asie après la vague d'infection des années soixante. La première épidémie qui a eu lieu dans l'océan indien en 2005 fut d'une très grande ampleur, avec plusieurs centaines de milliers de cas. Sur l'île de La Réunion, « cette épidémie a été l'occasion de décrire : 1) des formes dites "atypiques", 2) le mode de transmission materno-néonatal du virus et 3) une gravité plus importante que rapportée

jusqu'alors. » [33]. Fin 2013 et en 2014, le chikungunya a touché les Antilles et le continent américain. Les épidémies ont atteint leur pic en juin 2014 pour la Martinique et la Guadeloupe, et en octobre 2014 pour la Guyane. En Martinique et en Guadeloupe, l'incidence de l'épidémie a été estimée à environ 40 %. Elle a touché moins de 10 % des habitants en Guyane. Il n'existe ni vaccin ni traitement antiviral du chikungunya. Aussi les mesures préventives consistent-elles à chercher à éliminer les moustiques, à protéger les personnes contre les piqûres, en particulier chez les individus récemment contaminés. Le sentiment d'être bien informé est très largement partagé quel que soit le DOM, par approximativement 80 % de la population interrogée, même si la Guyane se démarque avec 73,9 %. La présence de l'épidémie dans les DFA au moment du terrain de l'enquête et les campagnes d'information qui ont pu avoir lieu permettent certainement de comprendre ces résultats. Les actions de prévention ont pu consister à délivrer de l'information dans les établissements scolaires en Guyane ou dans les lieux festifs en période de carnaval et l'ARS a pu organiser en lien avec les municipalités des actions de nettoyage collectif des quartiers, la destruction de gîtes larvaires, etc.

Comme le chikungunya, la dengue est une infection virale transmise par des moustiques *Aedes*. Le plus souvent, l'infection s'avère bénigne mais la dengue sévère est potentiellement létale, en particulier pour les enfants.

La Réunion est un département à risque mais n'a pas connu d'épidémie en 2014, pas plus que dans les années précédentes [34]. Néanmoins, en 2014, quarante-quatre cas de dengue probables ou confirmés y ont été détectés, dont quinze cas importés, en partie de Mayotte. Et le risque épidémique est toujours d'actualité, la population étant peu immunisée contre cette pathologie [35]. De plus, le moustique vecteur du virus est toujours présent sur l'île et les échanges sont fréquents avec les zones endémiques [36].

De la même façon, dans les DFA et depuis les années quatre-vingt-dix, les épidémies de dengue sont récurrentes. La Guyane en a connu une en 2013 avec plus de 16 000 cas, plus de 680 hospitalisations et 6 décès [37]. En 2014, quelques cas sporadiques de dengue ont été recensés en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane.

La lutte antivectorielle s'organise dans les DFA et à La Réunion, permettant de combattre l'ensemble des maladies transmises par les moustiques. Par exemple, en Guyane, une campagne d'information grand public a été orientée principalement sur la dengue. Cela permet peut-être en partie d'expliquer le fait que, à l'instar de ce qui se passe dans le cas du chikungunya, le sentiment d'être bien informé sur la dengue avoisine les 85 % dans les DFA. À La Réunion, le sentiment d'être bien informé concerne une proportion plus faible de la population (61,3 %), en particulier parmi les 15-30 ans (48,7 %), du fait de l'absence d'épidémies durant les années précédant l'enquête.

La leptospirose

La leptospirose est une infection dont la bactérie se transmet des vertébrés à l'homme (zoonose bactérienne)

4. http://www.ars.guyane.sante.fr/fileadmin/GUYANE/fichiers/Votre_sante/Veille_sanitaire/plan_palu_final_v4.pdf

et qui affecte particulièrement les régions tropicales. Les animaux potentiellement contaminés sont donc aussi bien sauvages (en particulier les rats, tangués, musaraignes) que domestiques. Les symptômes peuvent s'apparenter à ceux de la grippe mais évoluer vers des atteintes viscérales multiples (hépatiques, rénales, méningées, pulmonaires). « Des signes cliniques initiaux peu spécifiques (céphalées, fièvre, myalgies) peuvent conduire à un retard diagnostique et thérapeutique par confusion avec des diagnostics différentiels tels que la grippe, le chikungunya ou la dengue » [38]. Son incidence réelle et le taux de mortalité ne sont pas connus précisément mais on estime que ce dernier est possiblement élevé. Le manque de surveillance et des difficultés en matière de diagnostic ont entraîné une probable sous-estimation de l'importance de la leptospirose et permettent en partie d'expliquer une grande variabilité de son incidence moyenne en fonction des DOM : de 5 cas pour 100 000 habitants en Guyane à 17 cas en Guadeloupe et Martinique. Cette disparité peut aussi être expliquée par des phénomènes météorologiques inhabituels [39] ou des particularités locales [40]. Néanmoins, le système de surveillance en Martinique et en Guadeloupe mis en place pour évaluer plus précisément l'épidémiologie de la leptospirose est certainement en jeu dans l'augmentation du nombre de cas, avec respectivement 145 et 142 cas pour 100 000 habitants dans chaque DOM. Les infections recensées ont généralement lieu entre les mois d'août et décembre pendant la saison des pluies.

À La Réunion, les infections par la leptospirose se concentrent également durant une période particulière : l'été austral. Le rat semble être le principal réservoir identifié de la bactérie. En 2014, 60 cas de leptospirose ont été recensés dont 58 confirmés et 2 possibles. Le taux d'incidence global pour 2014 était de 7,2 cas pour 100 000 habitants contre 7,1 en 2013 et 9,1 en 2012 [38].

Le test diagnostique, mis notamment à disposition aux Antilles depuis 2011, permet de diagnostiquer la maladie en phase précoce et de limiter le risque de complications de la leptospirose. Des outils d'information, par exemple sous la forme d'une brochure, ont été produits par l'ARS Martinique en 2011 et visent à expliquer ce qu'est la leptospirose et à présenter les mesures préventives à un niveau individuel. En Guyane, des actions ont été menées auprès de publics se trouvant dans des situations plus à risque, travaillant au contact de l'eau ou dans la forêt. Sans pouvoir établir de corrélation entre l'existence d'outils publics d'information et le sentiment d'être bien informé, ce dernier s'avère très variable d'un DOM à l'autre. Il est le plus faible en Guyane, avec 16,8 % de personnes se sentant bien informées, un peu plus élevé en Martinique (35,8 %) et concerne plus de la moitié de la population interrogée en Guadeloupe et à La Réunion.

LES SITUATIONS AUGMENTANT LE RISQUE DE SE SENTIR MOINS BIEN INFORMÉ

Dans les DOM, les risques de se sentir moins bien informé augmentent lorsque les personnes sont jeunes, ont un faible revenu, ou encore et surtout un niveau de diplôme inférieur au bac. C'est également le cas des personnes

dont la langue principale n'est pas le français (à l'exception de La Réunion) et des personnes qui résident en Guadeloupe et en Guyane et déclarent n'être ni nées dans le DOM où elles ont été interrogées ni en France métropolitaine. Ainsi les actions de prévention ont-elles tout intérêt à être relayées et adaptées aux contextes et aux populations de ces territoires.

Les dispositifs d'information rendus accessibles sont à privilégier. Il est important de prendre en compte les compétences en littératie⁵ des populations ainsi que la place du créole dans leur quotidien. L'enquête « Information et vie quotidienne » menée par l'Insee en partenariat avec l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme (ANLCI) met en effet en avant les difficultés face à l'écrit rencontrées par les adultes âgés de 16 à 65 ans en métropole et dans certains départements d'outre-mer. La proportion des adultes en situation d'illettrisme⁶ était par exemple estimée à 23 % à La Réunion en 2011⁷, à 20 %⁸ en Guadeloupe en 2009, et à 15 % en Martinique en 2006-2007⁹.

Pour toucher les personnes les plus vulnérables ou les plus difficiles à atteindre, les supports d'information imprimés et numériques doivent répondre à leurs besoins et veiller à l'utilisation d'un français courant et simplifié, à la sélection de l'information essentielle, au choix de visuels explicites pour repérer et mémoriser les messages importants, à la réalisation d'une mise en page facilitant la compréhension et la navigation, etc. La participation des bénéficiaires dans le processus d'élaboration est à valoriser.

Les concepteurs doivent également considérer la façon dont ces populations ont accès aux ressources. Ainsi, les réseaux et les canaux de diffusion de l'information seront aussi adaptés, en s'appuyant sur les acteurs, les professionnels, les associations et les médias (journaux et radios locales) des départements qui interviennent au plus près des populations.

5. La littératie en matière de santé est définie comme les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder, comprendre et utiliser l'information de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé (OMS, Health promotion glossary).

6. L'illettrisme qualifiant selon l'ANLCI la situation des personnes de plus de 16 ans qui, bien qu'ayant été scolarisées en France, ne parviennent pas à lire et comprendre un texte portant sur des situations de leur vie quotidienne et/ou ne parviennent pas à écrire pour transmettre des informations simples.

7. Communication écrite, un adulte sur cinq en situation préoccupante. Insee partenaires n° 2, octobre 2008.

8. Enquête Information et vie quotidienne. L'illettrisme, un problème préoccupant en Guadeloupe. Premiers résultats, n° 60. Insee Antilles Guyane, juin 2010.

9. Enquête information et vie quotidienne 2006 en Martinique. Les cahiers Antilles Guyane. Insee – Direction Interrégionale Antilles-Guyane 2006.

SOURCES ET RÉFÉRENCES

- Les sites mentionnés ont été visités le 23/06/2016.
- [1] Beck F., Guignard R., Richard J.-B. Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé. In : Beck F., Richard J.-B., dir. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : p. 54-65. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sentiment-information-craintes-jeunes-en-matiere-sante.pdf>
 - [2] Richard J.-B. *Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe*. Baromètre santé, Saint-Denis : Inpes, 2015 : 32 p. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1677.pdf>
 - [3] Le Nézet O., Gauduchon T., Spilka S. Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014. *Tendances*, n° 102, 2015 : 4 p. En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxv7.pdf>
 - [4] ARS-OI. *L'alcoolisme à La Réunion. Nos îles, notre santé*, ARS-OI, 2014 : 2 p. En ligne : <http://www.arsoi-notresante.fr/system/files/fields/cards/documents/r2-alcoolisme-2014.pdf?download=1>
 - [5] Bazely P. Mortalité aux Antilles Guyane. *Info santé*, 2003, n° 12 : 8 p. En ligne : http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/etudes_publications/Statistiques/Finess/Info_Sante/infosante-n12.pdf
 - [6] Prada I., Merle S. *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Martinique*. Observatoire de la santé en Martinique, 2006 : 3 p. En ligne : http://www.ors-martinique.org/osm/telechargements/alcool_consequences_sante_2006.pdf
 - [7] FNORS. *La santé observée dans les régions de France. L'alcool et ses conséquences sur la santé*. Paris : FNORS, 2000 : 12 p. En ligne : <http://www.fnors.org/fnors/ors/Travaux/SO/801.pdf>
 - [8] ORSaG. *L'alcool et ses conséquences sur la santé en Guadeloupe*. ORSaG, 2012 : 4 p. En ligne : http://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=558&id=61_7fc56d29e233085fa866034abd7d0f13&lang=fr&task=download&view=item
 - [9] Dieye M., Plenet J., Fior A., Deloumeaux J., Bhakkan B., Macni J., et al. La surveillance des cancers dans les Antilles et en Guyane. *Bulletin de veille sanitaire*, 2011, n° 8 : 10 p. En ligne : http://www.ars.guyane.sante.fr/fileadmin/GUYANE/fichiers/Votre_sante/Indicateurs_de_sante/bvs_ag_2011_08.pdf
 - [10] CIRE Antilles-Guyane. Épidémiologie des cancers aux Antilles Guyane : focus sur quatre principales localisations. *Bulletin de veille sanitaire*, 2013, n° 8-9 : 18 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/80307/292551/version/41/file/bvs_ag_2013_08-09.pdf
 - [11] Bardot M. *Le cancer à La Réunion. Tableau de Bord*. Saint-Denis : ORS Réunion, 2015 : 26 p.
 - [12] Geran G., Henry H. En Martinique, la population âgée dépendante va doubler d'ici 2030. *Antianéchos*, 2012, n° 25 : p. 6. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/martinique/themes/antiane_echos/echos25/echos25_ma.pdf
 - [13] Malherbe P. *La prévalence de la maladie d'Alzheimer en Guyane - Document de synthèse*. Guyane : D.S.D.S. Conseil général, S.E.S.A.G, 2009 : 10 p. En ligne : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/alzheimer_doc_synthese.pdf
 - [14] Von Lennepe F., Prost T., Rey S. dir. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2015*. Paris : DREES, 2015 : 326 p. En ligne : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
 - [15] Fosse-Eodor S., Mandereau-Bruno L., Regnault N. Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015, n° 34-35 : p. 619-625. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2015/34-35/pdf/2015_34-35.pdf
 - [16] Malbert T., Rachou E. Autour de la prise en charge de la Maladie d'Alzheimer à La Réunion. *Infos Réunion Études et Statistiques*, 2011, n° 20 : 6 p. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Votre_ARS/Etudes_et_publications/Bulletins_Infos_Reunion/N20-alzheimer2011.pdf
 - [17] ORSaG. *État de santé. Guadeloupe, Guyane et Martinique*. Basse Terre : ORSaG, 2013 : 8 p. En ligne : https://www.orsag.fr/index.php?option=com_k2&Itemid=620&id=105_28e84d5f22c3a25ed7a0b56972e78a2c&lang=fr&task=download&view=item
 - [18] Merle S., Yacou C., Neller N., ORSaG, Joubert C., Colard M., et al. Facteurs de risque cardio-vasculaires en population générale aux Antilles : premiers résultats santé de l'enquête Kannari. *Bulletin de veille sanitaire*, 2015, n° 8-9 : p. 9. En ligne : http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Actualites/Autres_actu/2015/BVS/BVS_2015-08_special_JIRVS_V2_2_2_.pdf
 - [19] Atallah A., Atallah V., Daigre J., Boissin J., Kangambega P., Larifla L., et al. Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'Outre-mer. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 2014, vol. 63, n° 3 : p. 155-162.
 - [20] Gabet A., Lamarche-Vadel A., Chin F., Olié V. Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2014, n° 26 : p. 430-8. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/beh/2014/26/index.html>
 - [21] Conseil économique social et environnemental régional Île de la Réunion. *Diabète et santé publique à la Réunion : comment transformer un cercle vicieux en un cercle vertueux ?...* CESER Île de la Réunion, 2014 : 65 p. En ligne : http://www.ceser-reunion.fr/fileadmin/user_upload/tx_pubdb/archives/14.05.27_Rapport_diabete_nouvelle_mise_en_forme.pdf
 - [22] Kessler R.C., Andrews G., Mroczek D., Ustun B., Wittchen H.-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1998, vol. 7, n° 4 : p. 172-185.
 - [23] Merle S., Prada I., Brieu D., Vigée D., Ripert M., Laville I. Couverture vaccinale des enfants scolarisés en Martinique en 2011. *Bulletin de veille sanitaire CIRE Antilles Guyane*, 2012, n° 11 : p. 2-5.
 - [24] ORSaG. *La couverture vaccinale contre la rougeole, la rubéole et les oreillons à 2 ans en Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (2005-2010)*. Basse Terre : ORSaG, 2011 : 8 p. En ligne : [http://www.ireps.gp/data/bruno/Pdf/ORSaG_vaccinationRRO_FT\(2011\).pdf](http://www.ireps.gp/data/bruno/Pdf/ORSaG_vaccinationRRO_FT(2011).pdf)
 - [25] Flamand C., Euzet G., Berger F., Lony R., Grenier C., Pignoux R., et al. Couverture vaccinale des enfants et adolescents scolarisés en Guyane française, 2009. *Bulletin de veille sanitaire CIRE Antilles Guyane*, 2011, n° 5 : p. 7-13. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/9042/65573/version/4/file/bvs_ag_2011_05.pdf
 - [26] Vilain P., D'Ortenzio E., Rachou E. *Enquête de couverture vaccinale à La Réunion en 2009*. Saint-Denis : ORS Réunion, 2010 : 39 p. En ligne : http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/Couv_vaccinale_2010.pdf
 - [27] Petit-Sinturel M., CIRE Antilles-Guyane. Les maladies à déclaration obligatoire dans les départements français d'Amérique entre 2012 et 2014. *Bulletin de veille sanitaire CIRE Antilles Guyane*, 2015, n° 6-7 : p. 16. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/116736/409319/version/52/file/bvs_ag_2015_06-07.pdf
 - [28] CIRE Ocean Indien. Surveillance des hépatites B et C à La Réunion, 2010-2012. *Le point épidémiologique*, 2014, n° 17 : 3 p. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Veille_et_securite_sanitaire/Gestion_de_crise_sanitaire/CIRE/Points_epidemiologiques/17_2014_PE_hepatitesBC_Run.pdf
 - [29] Pioche C., Brouard C., Pillonel J., Septfonds A., Le Vu S. *Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C. France 2010-2012*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2014 : 8 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/88392/324182/version/1/file/plaquette_indicateurs_regionaux_depistage_prevalence_hepatites_B_C.pdf
 - [30] Blateau A., Adélaïde Y., Cassadou S., Petit-Sinturel M., Yébakima A., Gustave J., et al. Le paludisme aux Antilles françaises : analyse des cas importés entre 2005 et 2011. *Bulletin de veille sanitaire CIRE Antilles Guyane*, 2012, n° 1-2 : p. 21-23. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/31682/160621/version/17/file/bvs_ag_2012_01-02.pdf
 - [31] Ardillon V., Eltges F., Chocho A., Chantilly S., Carvalho L., Flamand C., et al. Évolution de la situation épidémiologique du paludisme en Guyane de 2005 à 2011. *Bulletin de veille sanitaire CIRE Antilles Guyane*, 2012, n° 1-2 : p. 5-11. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/31682/160621/version/17/file/bvs_ag_2012_01-02.pdf
 - [32] Pialoux G., Gaüzère B., Jauréguiberry S., Strobel M. Chikungunya, an epidemic arbovirosis. *The Lancet Infectious diseases*, 2007, vol. 7, n° 5 : p. 319-27.
 - [33] Ledrans M., Cassadou S., Boucau S., Huc-Anaïs P., Leparc-Goffart I., Prat C. Émergence du chikungunya dans les départements français d'Amérique : organisation et résultats de la surveillance épidémiologique, avril 2014. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2014, n° 21-22 : p. 368-79. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/pdf/2014_21-22_1.pdf
 - [34] Larrieu S., Dehecq J.S., Balleudier E., Jaffar M.C., Michault A., Vilain P., et al. Re-emergence of dengue in Reunion, France, January to April 2012. *Eurosurveillance*, 2012, vol. 17, n° 20 : 3 p. En ligne : <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N20/art20173.pdf>
 - [35] Larrieu S., Michault A., Polycarpe D., Schooneman F., D'Ortenzio E., Filleul L. Dengue outbreaks : a constant risk for Reunion Island. Results from a seroprevalence study among blood donors. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2014, vol. 108, n° 1 : p. 57-9.
 - [36] Caillere N., Larrieu S., Cossin S., Gadoiri K., Filleul L. Résultats de la surveillance des arboviroses à La Réunion en 2014, avril 2014. *Bulletin de veille sanitaire CIRE océan Indien*, 2015, n° 26 : p. 18-19. En ligne : http://www.invs.sante.fr/content/download/106167/379856/version/27/file/bvs_rm_26_2015.pdf
 - [37] Mahamat A., Dussart P., Bouix A., Carvalho L., Eltges F., Mathus S., et al. Climatic drivers of seasonal influenza epidemics in French Guiana, 2006-2010. *The Journal of infection*, 2013, vol. 67, n° 2 : p. 141-7.

- [38] CIRE Ocean Indien. *Surveillance de la leptospirose à la Réunion en 2015. Le point épidémi*, 2016, n° 12 : 3 p. En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/2016_Actualites/leptospirose/12_2016_PE_lepto_Reunion.pdf
- [39] Storck C.H., Postic D., Lamaury I., Perez J.M. Changes in epidemiology of leptospirosis in 2003--2004, a two El Nino Southern Oscillation period, Guadeloupe archipelago, French West Indies. *Epidemiology and infection*, 2008, vol. 136, n° 10 : p. 1407-15. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2870739/pdf/S0950268807000052a.pdf>
- [40] Bourhy P., Picardeau M. Diagnostic et épidémiologie de la leptospirose. *Bulletin de veille sanitaire Circ Antilles Guyane*, 2013, n° 5 : p. 4-9. En ligne : http://www.invs.sante.fr/fr./content/download/72927/273331/version/38/file/bvs_ag_2013_05.pdf

REMERCIEMENTS

Relecture

Cécile Allaire (Santé publique France) ; **Hélène Duplan**, **Francine Sasson**, **Shirley Mence-Coupra**, **Isabelle Batany** (ARS Guyane) ; **Vanessa Cornely** (ORS Guadeloupe)

Sources et références

Sandra Kerzanet (Santé publique France)

Édition

Jeanne Herr (Santé publique France)

POUR NOUS CITER

Richard J.-B., Sitbon A. *Baromètre santé DOM 2014. Sentiment d'information*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 11 p.