

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



AVRIL
2018
NUMÉRO
1057

En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes

Selon le Baromètre Santé 2014, les habitants de Guadeloupe, Guyane, Martinique et La Réunion âgés de 15 à 75 ans sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que ceux de Métropole. En moyenne, 61 % d'entre eux considèrent que leur état de santé est bon ou très bon, contre 69 % des Métropolitains.

En Martinique et en Guadeloupe, moins de 60 % des habitants se sentent en bonne santé alors qu'en Guyane et à La Réunion, où la population est beaucoup plus jeune, la situation se rapproche de celle de la Métropole. Toutefois, à structure d'âge comparable, 37 % des Réunionnais déclarent avoir une maladie chronique, contre 34 % des Métropolitains.

La part des habitants des départements et régions d'outre-mer (DROM) qui déclarent avoir eu des problèmes dentaires est de 6 à 14 points plus élevée qu'en Métropole.

Ces disparités s'expliquent en partie par la moins bonne situation sociale des habitants ultra-marins (situation financière, diplôme ou situation professionnelle). À caractéristiques sociales comparables, le fait de résider dans ces départements s'accompagne, pour les femmes surtout, d'une plus mauvaise santé déclarée.

Les habitants des DROM se déclarent en revanche peu touchés par les limitations fonctionnelles, contrairement aux Métropolitains.

Claire-Lise Dubost (DREES)

D'après le Baromètre Santé 2014, 61 % de la population des départements et régions d'outre-mer (DROM) âgée de 15 à 75 ans, hors Mayotte¹, déclarent se sentir en bonne ou très bonne santé (encadré 1, graphique 1). C'est moins qu'en Métropole où ce taux atteint 69 %. Un habitant sur trois dans les DROM se déclare en « assez bonne santé », contre un habitant sur quatre en Métropole et les parts de la population des DROM et de la Métropole se déclarant en mauvaise (4 %) ou en très mauvaise santé (1 %) sont donc similaires. En Guyane et à La Réunion, la perception de l'état de santé est un peu meilleure que dans les autres DROM. 65 % et 64 % des habitants estiment être en bonne ou en très bonne santé, contre 59 % en Guadeloupe et 56 % en Martinique. La comparaison de ces taux calculés dans l'ensemble de la population ne permet pas de tenir compte des structures par âge. Or la situation démographique des DROM est très hétérogène. Les Antilles se distinguent par leur population vieillissante puisque la Martinique et la Guadeloupe pourraient compter en 2040 parmi les départements les plus âgés de France, d'après les projections démographiques de l'Insee. À l'inverse, la Guyane et La Réunion sont avec Mayotte les départements les plus jeunes de France

...
1. L'enquête n'ayant pas été conduite à Mayotte, devenue le 101^e département français en 2011, cette étude porte uniquement sur les quatre départements et régions d'outre-mer (DROM) historiques : Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion.

ENCADRÉ 1

Sources et indicateurs de santé

Le Baromètre Santé DOM 2014

Le Baromètre Santé est une enquête déclarative réalisée presque tous les ans par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), aujourd'hui intégré au sein de l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France). Elle contribue à l'observation de l'état de santé et des comportements de santé.

Conduite par téléphone auprès d'un grand échantillon de numéros générés aléatoirement, cette enquête a permis de recueillir les réponses de 15 635 personnes représentatives des 15-75 ans en Métropole en 2014. Cette même année, une extension de l'enquête a été menée spécifiquement en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion. Ces données du Baromètre Santé DOM 2014 offrent ainsi la possibilité de décrire et de comparer l'état de santé déclaré de la population vivant dans chacun de ces DROM grâce à un échantillon de taille importante (2 000 répondants par DROM). Pour compléter ces études, la DREES et l'Institut de recherche en économie de la santé (Irdes) collecteront en 2019 la prochaine enquête de santé européenne (European Health Interview Survey [EHIS]) dans toute la France, avec des échantillons représentatifs de chacun des cinq DROM.

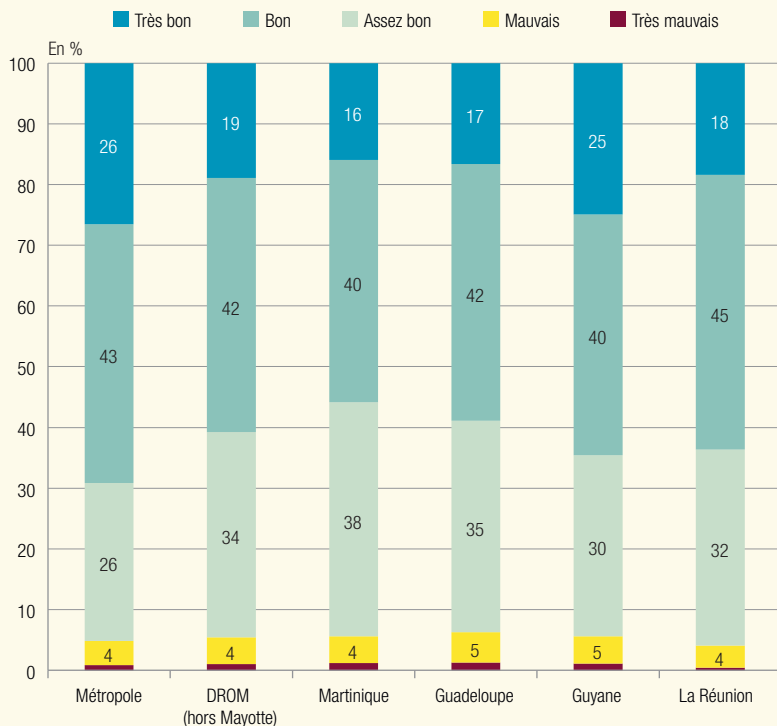
La mesure de la santé dans les enquêtes

Cette étude s'appuie principalement sur l'exploitation du mini module européen, présent dans de nombreuses enquêtes, ainsi qu'une question sur la fréquence des problèmes dentaires.

Composé de trois questions, le mini-module permet de couvrir différentes dimensions de la santé en interrogeant l'état de santé perçue, la morbidité chronique ressentie et les limitations d'activité. Plusieurs études montrent que les indicateurs construits par le biais de ces questions sont liés aux indicateurs de santé plus objectifs (notamment à la mortalité) et aussi au recours aux soins (Cox et al., 2009). Ils reposent cependant sur les représentations individuelles associées à une bonne santé, et sur la connaissance que l'on a de son propre état de santé. Or, la réception des différentes questions ainsi que la perception des différents aspects de la santé peut varier selon les contextes culturels et environnementaux et il serait intéressant d'étayer les résultats déclaratifs présentés ici par des études portant sur les différences de représentation de la santé dans les DROM et en Métropole.

GRAPHIQUE 1

État de santé perçue selon le lieu de résidence



Note • La somme des pourcentages de la population se sentant en bonne ou très bonne santé à La Réunion représente 64 %, en raison des arrondis à l'unité.

Lecture • 19 % des habitants des DROM (hors Mayotte) déclarent se sentir en très bonne santé.

Champ • Population âgée de 15 à 75 ans, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source • Inpes, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014.

et devraient le rester. Si la part de leurs populations se déclarant en bonne ou très bonne santé est un peu plus élevée, cela peut donc s'expliquer en partie par leur plus jeune âge.

Une santé perçue moins bonne et plus de problèmes dentaires qu'en Métropole

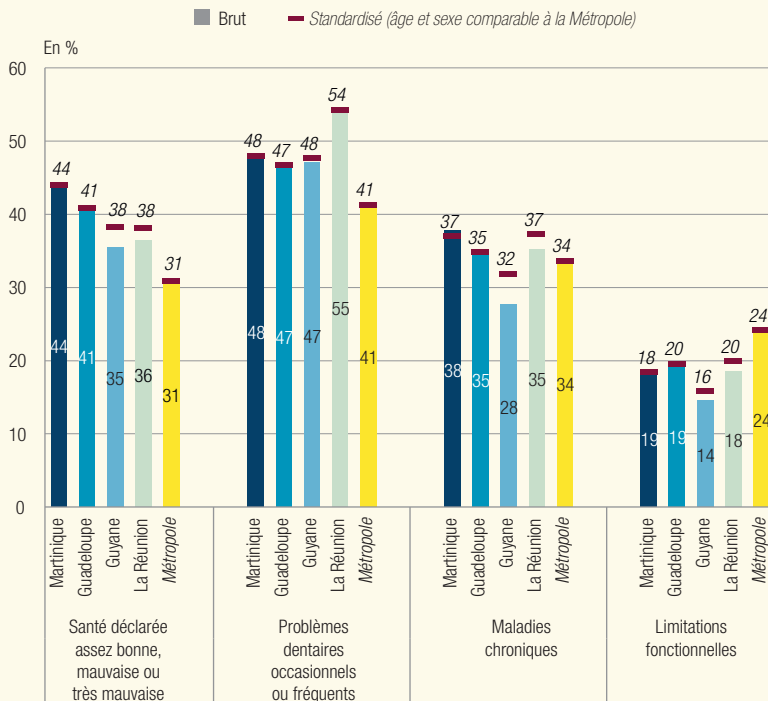
À structure d'âge et de sexe comparable à la Métropole², la part de la population se sentant en bonne ou très bonne santé s'abaisse légèrement, à 62 % pour la Guyane et La Réunion, alors qu'elle est inchangée en Martinique et en Guadeloupe, à respectivement 56 % et 59 % (graphique 2). Ces résultats confirment ainsi un état de santé déclaré moins bon dans chacun des DROM par rapport à celui de la Métropole.

Ces disparités concernent aussi bien les hommes que les femmes, mais sont particulièrement marquées chez ces dernières. En effet, à structure d'âge comparable, 57 % des femmes de La Réunion se déclarent en bonne ou très bonne santé, soit 11 points de moins qu'en Métropole. Cet écart atteint respectivement 13 points pour la Guyane et 16 points pour la Guadeloupe et la Martinique. Dans ces deux départements, à peine plus d'une femme sur deux (52 %) se perçoit en bonne ou très bonne santé, contre 68 % des Métropolitaines. Pour les hommes, 71 % de ceux résidant en Métropole se sentent en bonne santé, contre 69 % en Guyane, 67 % à La Réunion, 66 % en Guadeloupe et 61 % en Martinique, à structure d'âge comparable.

Interrogés sur leurs problèmes de santé bucco-dentaire, les habitants des DROM sont plus nombreux à déclarer en avoir rencontré : 47 % en Guyane et Guadeloupe et 48 % en Martinique, contre 41 % des Métropolitains³. La Réunion présente le plus mauvais état de santé dentaire. 55 % des Réunionnais déclarent avoir eu des problèmes dentaires et, pour 9 % d'entre eux, ces problèmes sont fréquents, soit une part deux fois plus élevée qu'en Métropole. En Guyane, les habitants sont également nombreux (12 %) à déclarer des problèmes dentaires fréquents. Ces disparités entre les DROM et la Métropole en matière de santé bucco-dentaire peuvent être liées aux habitu-

•••
 2. Lorsque c'est mentionné dans le texte, les indicateurs de santé présentés ont été recalculés et standardisés sur la structure d'âge et de sexe de la population métropolitaine, afin de tenir compte des effets de la structure démographique dans les comparaisons.
 3. La question exacte porte sur la fréquence des problèmes liés aux dents, à la bouche ou à des prothèses dentaires, au cours des douze derniers mois. Les modalités « très souvent » et « souvent » ont été associées à des problèmes dentaires fréquents, et la modalité « occasionnellement » à des problèmes dentaires occasionnels.

GRAPHIQUE 2
Indicateurs de santé déclarée par lieu d'habitation



Note • Tous les taux standardisés des DROM sont significativement différents de ceux de la Métropole au sens du test du Chi-deux au seuil de 5 %, hormis les taux de maladies chroniques déclarées en Guadeloupe et en Guyane.
Lecture • 28 % des habitants de Guyane déclarent souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ou de caractère durable. À structure d'âge et sexe comparable à la Métropole, ce taux s'élève à 32 %.
Champ • Population âgée de 15 à 75 ans, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Source • Inpes, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014.

des alimentaires ou à un moindre recours à dentiste (Calvet, 2013). La déclaration de maladies chroniques et de problèmes de santé durables est variable selon les DROM. À structure d'âge et sexe comparable, ces maladies concernent 37 % des habitants de la Martinique et de La Réunion pour seulement 34 % des Métropolitains. Les écarts ne sont pas significatifs entre la Métropole et la Guadeloupe (35 %) ou la Guyane (32 %). La question portant sur les maladies chroniques ne permet néanmoins pas de détailler les pathologies et peut recouvrir des situations très hétérogènes. Il existe en effet des spécificités connues en termes de types de maladies chroniques présentes outre-mer, notamment dues à l'environnement et aux modes de vie : le diabète, les insuffisances cardiaques et les accidents vasculaires sont plus courants dans les DROM, tandis que les cancers y sont un peu moins fréquents, hormis le cancer de la prostate (Filipovic-Pierucci, 2016). De même, on trouve des

maladies infectieuses qui n'existent pas en Métropole, du fait des spécificités climatiques. Une étude s'appuyant sur les données médico-administratives permettrait de compléter cette approche subjective par la consommation de soins, même si celle-ci reste tributaire des conditions d'offre et d'accès aux soins.

Une déclaration moins fréquente de limitations d'activité

Les habitants ultra-marins présentent toutefois une meilleure santé fonctionnelle que les Métropolitains. Ainsi, 19 % des habitants de Martinique et de Guadeloupe et 18 % de ceux de La Réunion déclarent s'être sentis limités au cours des six derniers mois dans les activités qu'ils font habituellement, à cause d'un problème de santé. En Guyane, ce taux chute à 14 %. En Métropole, la déclaration de limitations, légères ou fortes, est plus élevée et

touche une personne sur quatre entre 15 et 75 ans. Pour l'essentiel, les disparités entre départements tiennent aux déclarations de limitations légères dans les activités habituelles. Elles concernent 10 % des Guyanais contre 17 % des Métropolitains. En Guadeloupe et Martinique, les habitants sont presque autant à déclarer des limitations sévères (6 % et 7 %) qu'en Métropole (7 %) mais sont moins nombreux à se sentir légèrement limités dans les activités habituelles. L'écart entre Métropole et DROM subsiste lorsque l'analyse est déclinée selon le sexe : les habitants et habitantes d'outre-mer se déclarent toujours moins touchés que ceux de Métropole. Mais, selon les territoires, les profils varient. Les hommes de La Réunion sont presque aussi nombreux (19 %) que ceux de la Métropole à déclarer être limités depuis au moins six mois (22 %), tandis qu'ils ne sont que 15 % en Guadeloupe et Martinique, et 12 % en Guyane. La Réunion est le seul DROM où les hommes et les femmes sont touchés par ces limitations dans les mêmes proportions. Dans les autres DROM et en Métropole, les femmes en déclarent plus fréquemment (entre 4 et 7 points de plus que les hommes).

Des disparités en partie liées aux difficultés socio-économiques

Répartis sur plusieurs continents, les DROM connaissent des réalités sociales et économiques très différentes de celles de Métropole, mais aussi entre eux. Les disparités en matière de santé déclarée entre les DROM et la Métropole peuvent donc être liées aux inégalités sociales entre les populations de ces territoires. En effet, le taux de chômage atteint deux à trois fois le niveau métropolitain en 2014, d'après l'enquête Emploi. Le niveau d'éducation et le niveau de vie sont aussi nettement inférieurs à ceux de la Métropole, en particulier en Guyane. Une modélisation des quatre indicateurs de santé déclarée pour l'ensemble de la population en fonction des variables socio-économiques habituelles – sexe, situation financière, niveau de diplôme, situation sur le marché du travail,

ENCADRÉ 2

Méthode d'analyse multivariée

La probabilité de déclarer une « mauvaise santé » a été modélisée pour quatre indicateurs (état de santé perçu assez bon, mauvais ou très mauvais ; déclaration de maladies chroniques ; déclaration de limitations légères ou fortes depuis au moins six mois ; déclaration de problèmes dentaires au cours des douze derniers mois) à l'aide d'une régression logistique sur l'ensemble de la population (France métropolitaine et DROM), en intégrant, par étapes :

- les variables socio-économiques permettant d'identifier les mécanismes d'inégalités sociales de santé communs à la Métropole et à l'outre-mer (*tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES*) ;

- le lieu de résidence, afin d'identifier un potentiel effet territorial résiduel (*tableau 1*). Les variables socio-économiques étant déclarées et ne donnant qu'une information partielle sur la situation d'un individu, l'effet territorial résiduel peut également capter une partie de la situation socio-économique, individuelle ou collective, inobservable ;

- l'interaction entre les variables socio-économiques et le lieu de résidence, afin d'identifier des déterminants spécifiques à chaque département d'outre-mer. Seule l'interaction avec le sexe est apparue significative et fait l'objet d'une analyse particulière, présentée dans le tableau 2.

Les rapports de risques (odds ratios) de ce dernier tableau sont obtenus par cumul du coefficient estimé sur la variable de la zone géographique et sur celle de la zone géographique croisée avec l'indicatrice du sexe.

Dans chacun de ces modèles, la situation de référence est un homme métropolitain âgé de 15 à 30 ans, se sentant financièrement à l'aise, disposant d'un diplôme supérieur au baccalauréat et d'un emploi de type « cadres et professions intermédiaires », vivant en couple et sans enfants.

ENCADRÉ 3

Les déterminants socio-économiques de la santé

L'analyse multivariée menée dans cette étude sur la population de la France entière confirme le poids des inégalités sociales de santé (*tableau complémentaire A sur le site internet de la DREES*).

Le genre

Le fait d'être une femme est associé à une probabilité plus élevée de déclarer une mauvaise santé, quel que soit l'indicateur considéré. À âge, diplôme, situation financière, situation professionnelle, catégorie socioprofessionnelle, situation du ménage et territoire donnés, les femmes déclarent 1,5 fois plus souvent une santé « assez bonne », « mauvaise » ou « très mauvaise » que les hommes, 1,3 fois plus souvent des problèmes dentaires et 1,2 fois plus souvent une maladie ou un problème de santé chronique, ainsi que des limitations dans les six derniers mois. Ce résultat est largement documenté dans la littérature, et repose sur différentes explications telles que le poids de la santé reproductive, une importance plus grande accordée aux maladies non létales que les hommes, ou, plus largement, une attention plus grande portée au corps et à l'état de santé (Fourcade, 2013).

La situation financière perçue

La situation socio-économique, appréciée par l'effet de la situation financière perçue, par la situation professionnelle, le niveau de diplôme et la catégorie socioprofessionnelle, est aussi un déterminant majeur de l'état de santé. Ainsi, par rapport aux personnes se sentant « à l'aise », les personnes percevant leur situation financière comme difficile ou étant endettées ont respectivement un risque 2,5 et 3,4 fois plus élevé de déclarer un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais. Ce rapport est aussi très élevé pour la déclaration de maladies chroniques, de limitations et de problèmes dentaires. Un plus faible niveau d'instruction est également associé à la déclaration plus fréquente d'une mauvaise santé.

Le statut d'activité

Les personnes qui occupent un emploi déclarent plus souvent un état de santé meilleur que les personnes au chômage et les inactifs (retraités et autres inactifs). Le lien est très marqué pour les limitations fonctionnelles puisqu'elles sont entre 1,3 et 2,5 fois plus souvent déclarées chez les personnes ne travaillant pas, ce qui peut aussi bien résulter de l'effet de l'inactivité sur la santé, que de l'effet d'un mauvais état de santé sur le statut d'activité (Jusot, 2007).

La catégorie sociale

Les ouvriers, les indépendants et les employés déclarent un état de santé moins bon que les cadres et professions intermédiaires. Ils déclarent en revanche plutôt moins de maladies chroniques. Ce résultat peut être lié à des comportements de déclaration différents (Devaux et al., 2008) mais provient aussi d'un meilleur dépistage ou d'une meilleure survie à la maladie des cadres et professions intermédiaires. En effet, les études sur les écarts d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles laissent penser que l'état de santé des ouvriers et des employés est en moyenne moins bon que celui des cadres (Blanpain, 2011).

La structure familiale

Le nombre d'habitants dans le foyer, le nombre d'enfants à charge ou le fait de vivre seul n'augmentent pas le risque de déclarer une mauvaise santé. À l'inverse, lorsque le nombre d'habitants dans le foyer augmente, le risque de déclarer un problème de santé chronique ou des limitations diminue. Ce résultat pourrait venir des conséquences favorables d'une bonne santé sur la décision d'élargir le foyer (avoir des enfants, s'installer en colocation, héberger d'autres membres de la famille...), ainsi que de l'aide obtenue de ce fait pour le travail domestique.

catégorie sociale, nombre d'habitants du foyer et présence d'enfants – confirme leur rôle de déterminants de la santé (*encadrés 2 et 3*).

Le moins bon niveau des déterminants socio-économiques outre-mer constitue donc une des raisons pour lesquelles l'état de santé déclaré dans les DROM est moins bon qu'en Métropole (*encadré 3*).

Habiter dans les DROM multiplie jusqu'à 1,5 fois les risques de déclarer une santé assez bonne ou mauvaise

La prise en compte de ces caractéristiques socio-économiques ne suffit cependant pas à expliquer toutes les disparités de santé mises en évidence. En effet, à situation socio-économique comparable, telle qu'on peut la mesurer à partir des données du Baromètre santé, le fait d'habiter dans un des quatre DROM reste significativement associé à un moins bon état de santé perçu qu'en Métropole. Le risque de déclarer un état de santé assez bon, mauvais, ou très mauvais est multiplié par 1,2 à La Réunion et 1,5 en Martinique, comparé à la Métropole (*tableau 1*). Ce rapport s'élève à 1,3 en Guyane et 1,4 en Guadeloupe. Les habitants des DROM déclarent aussi, toutes choses égales par ailleurs, des problèmes dentaires 1,3 fois plus souvent en Martinique, Guadeloupe et Guyane qu'en Métropole et 1,8 fois plus souvent à La Réunion.

Ces disparités s'observent également parmi les habitants des DROM en 2014 : ainsi, ceux qui sont nés en Métropole déclarent un meilleur état de santé que les natifs du département (*encadré 4*).

Le sur-risque de déclarer des maladies chroniques n'est avéré qu'à La Réunion. Par ailleurs, les limitations d'activité qui durent depuis six mois au moins sont toujours moins fréquentes outre-mer qu'en Métropole, une fois tenu compte des situations socio-économiques. Les rapports de risque s'établissent ainsi entre 0,6 et 0,8 dans chacun des DROM par rapport à la Métropole. Cela peut venir d'une perception différente du handicap et des restrictions d'activité ou d'un environnement différent. Des questions plus détaillées sur le type de limitations déclarées (sensorielles,

TABLEAU 1
Influence du lieu d'habitation et des caractéristiques socio-économiques sur les indicateurs de santé déclarée (résultats pour le lieu d'habitation)

Lieu d'habitation	Santé assez bonne, mauvaise ou très mauvaise		Problèmes dentaires occasionnels ou fréquents		Maladies chroniques		Limitations fonctionnelles	
Métropole	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Martinique	1,5	[1,4;1,7]	1,3	[1,2;1,4]			0,6	[0,5;0,7]
Guadeloupe	1,4	[1,3;1,6]	1,3	[1,2;1,5]			0,7	[0,6;0,8]
Guyane	1,3	[1,1;1,4]	1,3	[1,2;1,4]			0,6	[0,6;0,7]
La Réunion	1,2	[1,1;1,4]	1,8	[1,6;2,0]	1,2	[1,0;1,3]	0,6	[0,6;0,8]

Note • Tous les résultats présentés dans le tableau sont significatifs au seuil de 5 %. Les résultats pour les caractéristiques socio-économiques sont présentés dans l'encadré 3.

Lecture • Une personne vivant en Martinique a 1,5 fois plus de chances de déclarer une santé assez bonne ou mauvaise qu'une personne vivant en Métropole aux caractéristiques semblables (sexe, situation financière, niveau de diplôme, situation sur le marché du travail, catégorie sociale, nombre d'habitants du foyer et présence d'enfants). La vraie valeur de ce rapport a 95 % de chances d'être comprise entre 1,4 et 1,7.

Champ • Population âgée de 15 à 75 ans, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source • Inpes, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014.

ENCADRÉ 4

Un effet cumulatif dans le temps ?

La population vivant dans les DROM est constituée de natifs du département ainsi que de personnes qui ont migré depuis la Métropole ou depuis l'étranger. La Réunion et la Martinique sont les régions de France qui comptent le plus grand nombre de natifs tandis que la Guyane compte une forte immigration étrangère mais, dans chacun des DROM, environ 10 % des habitants sont nés en France métropolitaine.

Le modèle rendant compte de la valeur des indicateurs de santé a donc été restreint à la population des quatre DROM et complété par la variable décrivant le lieu de naissance (département de résidence, Métropole ou ailleurs). Ce lieu de naissance a une incidence sur deux des quatre indicateurs de santé déclarée (tableau ci-dessous) : être né dans les DROM plutôt que sur le territoire métropolitain va de pair avec une santé déclarée moins bonne (odds ratio égal à 1,5) et plus de maladies chroniques (odds ratio égal à 1,2).

L'hypothèse retenue serait que les écarts de santé perçue entre Métropole et DROM apparaissent dès le plus jeune âge et se creusent au fil du temps. Une autre hypothèse serait que le niveau de vie des habitants venus de Métropole est plus élevé que celui des natifs et que ces écarts ne sont pas intégralement saisis par la situation financière déclarée, intégrée dans le modèle.

Enfin, les écarts pourraient venir des pratiques et des modes de vie distincts entre les natifs et les Métropolitains, souvent présents pour une courte durée sur les territoires ultra-marins.

Probabilité de déclarer un état de santé dégradé selon le lieu de naissance des habitants des DROM

Lieu de naissance	Santé assez bonne, mauvaise ou très mauvaise		Maladies chroniques	
France métropolitaine	Réf.		Réf.	
DROM	1,5	[1,3;1,8]	1,2	[1,0;1,2]
Autre endroit	1,4	[1,1;1,7]		

Lecture • Dans chacun des DROM, un homme né dans le département a 1,5 fois plus de chances de déclarer une santé assez bonne, mauvaise ou très mauvaise qu'un homme né en Métropole à caractéristiques similaires.

Champ • Population âgée de 15 à 75 ans, DROM (hors Mayotte).

Source • Inpes, Baromètre santé DOM 2014.

motrices ou cognitives) permettraient d'élaborer des hypothèses plus précises sur ce résultat.

Le moins bon état de santé déclaré dans les DROM concerne surtout les femmes

Ce sont avant tout les femmes ultra-marines qui déclarent un moins bon état de santé que les Métropolitaines (tableau 2). Ainsi, dans les quatre départements d'outre-mer étudiés, elles se sentent, à caractéristiques sociales comparables, en moins bonne santé qu'en Métropole et déclarent plus souvent des maladies chroniques. Ces inégalités de santé sont moins marquées pour les hommes puisque seuls les Martiniquais sont significativement plus nombreux à déclarer être en moins bonne santé qu'en Métropole. En Guyane, ils sont même moins nombreux à déclarer des maladies chroniques. En matière de santé perçue et de déclaration de maladies chroniques, il existe donc des inégalités entre territoires ultra-marins et Métropole qui concernent avant tout les femmes. En conséquence, les inégalités d'états de santé déclarés entre femmes et hommes présentes en Métropole sont plus marquées outre-mer.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette moins bonne santé perçue. La prévalence plus élevée de diabète dans les DROM pourrait y contribuer. En effet, elle est plus forte chez les femmes que chez les hommes dans ces départements. Les femmes dans les DROM sont aussi plus souvent en surpoids ou en situation d'obésité que les femmes métropolitaines, ce qui peut entraîner une dégradation de l'état de santé. Ces différents facteurs conduisent à une plus grande vulnérabilité des femmes enceintes, qui sont exposées à une mortalité infantile et maternelle plus élevée qu'en Métropole. D'autres études sur les conditions de vie dans les DROM montrent par ailleurs que les inégalités femmes-hommes sont souvent plus marquées outre-mer et s'expliquent en partie par la plus forte proportion de mères à la tête de familles monoparentales. Aux modes de vie peuvent s'ajouter l'influence de l'offre de soins locale, un peu moins dense aux Antilles et en Guyane (mais proche de la Métropole à La Réunion), ou encore celles des comportements de santé ou de recours aux soins.

TABLEAU 2

Probabilité de déclarer un état de santé dégradé comparée entre les habitants de la Métropole et des DROM selon leur sexe

	Santé assez bonne, mauvaise ou très mauvaise		Problèmes dentaires occasionnels ou fréquents		Maladies chroniques		Limitations fonctionnelles	
Femmes								
Métropole	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Guadeloupe	1,7	[1,5;2,0]	1,2	[1,1;1,4]	1,2	[1,0;1,3]	0,8	[0,7;0,9]
Guyane	1,5	[1,3;1,8]	1,4	[1,2;1,6]	1,2	[1,0;1,4]	0,7	[0,6;0,8]
La Réunion	1,4	[1,2;1,6]	1,8	[1,5;2,0]	1,3	[1,1;1,5]	0,6	[0,5;0,7]
Martinique	1,7	[1,4;1,9]	1,2	[1,1;1,4]	1,3	[1,1;1,5]	0,6	[0,6;0,8]
Hommes								
Métropole	Réf.		Réf.		Réf.		Réf.	
Guadeloupe			1,4	[1,2;1,6]			0,6	[0,5;0,7]
Guyane			1,1	[1,0;1,3]	0,8	[0,7;1,0]	0,5	[0,4;0,7]
La Réunion			1,7	[1,5;2,1]			0,8	[0,6;1,0]
Martinique	1,4	[1,1;1,6]	1,4	[1,2;1,6]			0,5	[0,4;0,7]

Note • Tous les résultats présentés dans le tableau sont significatifs au seuil de 5 %.

Lecture • Une femme vivant en Guyane a 1,5 fois plus de chances de déclarer une santé intermédiaire ou mauvaise qu'une femme de Métropole en situation de référence. La vraie valeur de ce rapport a 95 % de chances d'être comprise entre 1,3 et 1,8.

Champ • Population âgée de 15 à 75 ans, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).

Source • Inpes, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Ajir, S. et Fabre, E.** (2017, juin). Bilan des migrations entre La Réunion et la France métropolitaine. Peu de départs et peu d'arrivées. *Insee Analyses La Réunion-Mayotte*, 23.
- **Blanpain, N.** (2011, octobre). L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. *Insee première*, 1372.
- **Calvet, L. et Moisy, M.** (2013, juillet). Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES, *Études et Résultats*, 847.
- **Cox, J., et al.** (2009). The reliability of the Minimum European Health module, *International Journal of Public Health*, 54.
- **Creusvaux, H.** (2015, juin). La santé dans les départements et collectivités d'outre-mer : réalités et perspectives. Haut-Conseil de la santé publique. *Actualité et dossier en santé publique*, 91.
- **Prost, T. et Raynaud, D. (coord.)** (2015). *Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé édition 2014*. Paris, France : DREES.
- **Devaux M., et al.** (2008, janvier). Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales*.
- **Dubost, C.-L.** (2016). Baromètre santé DOM 2014. Les DOM : une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, notamment parmi les femmes. Saint-Maurice : Santé publique France.
- **Filipovic-Pierucci A.** (2016). Repérage des pathologies prises en charge à partir du Sniiram : étude des départements d'outre-mer et comparaison à la Métropole. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64.
- **Fourcade, N.** (2013, mars). La santé des femmes en France. DREES, *Études et Résultats*, 834.
- **Jusot, F., Khlaf, M., Rochereau T., Sermet, C.** (2007, septembre). Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 125.
- **Naulin, A.** (2016, mars). Des inégalités femmes-hommes marquées, dont certaines s'accroissent. *Insee Flash Guyane*, 34.
- **Naulin, A.** (2016, mars). Inégalités femmes-hommes : des écarts parfois favorables aux Martiniquaises. *Insee Flash Martinique*, 34.
- **Naulin, A.** (2016, mars). Inégalités hommes-femmes en Guadeloupe : une moindre résorption qu'en moyenne nationale. *Insee Flash Guadeloupe*, 34.
- **Richard, J.-B., Andler, R.** (2015). *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis, France : Inpes, coll. Études santé territoires.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault, Céline Gonzalez

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384