

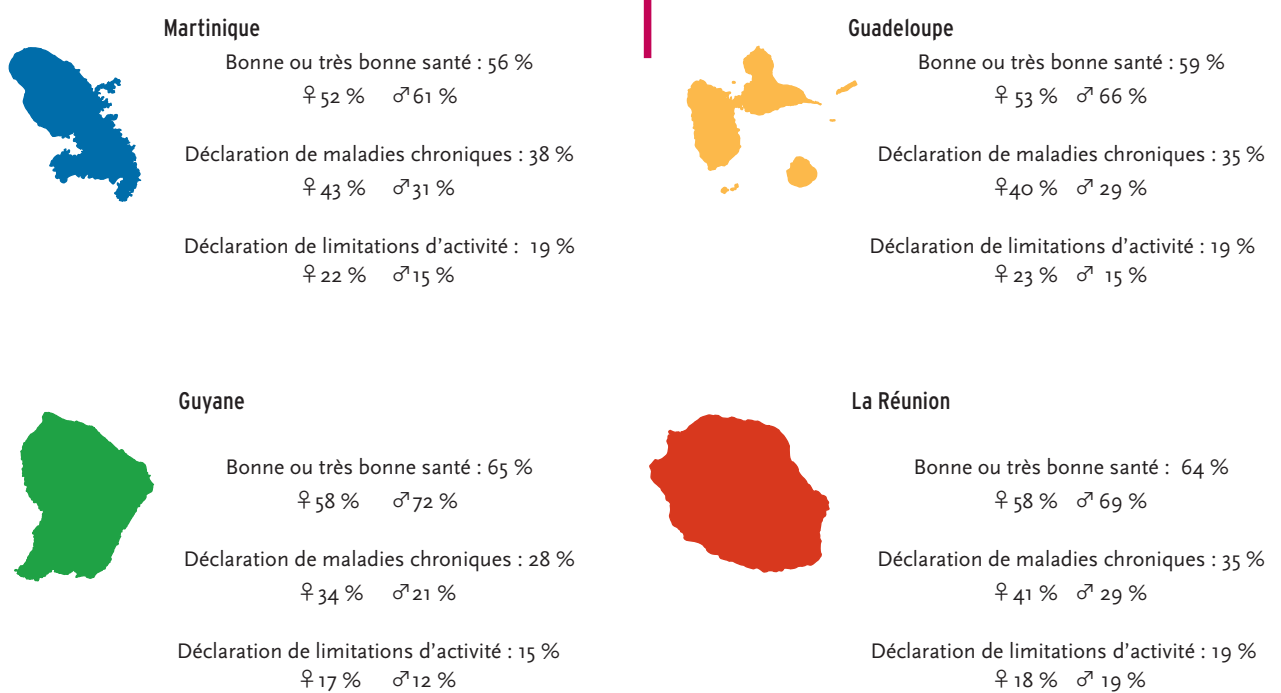
CLAIRE-LISE DUBOST  
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

# **Baromètre santé DOM 2014**

## **Les DOM : une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, notamment parmi les femmes**



## L'ESSENTIEL EN QUELQUES CHIFFRES



## INTRODUCTION

Les Départements et régions d'outre-mer (DOM) représentent plus de 4 % de la population française et recouvrent des réalités sociales nettement différentes de la métropole. Éloignés géographiquement, ils se caractérisent par des environnements physiques et culturels distincts ainsi que par des profils démographiques et socioéconomiques hétérogènes, aussi bien par rapport à l'Hexagone qu'entre eux.

Les Antilles, notamment, s'opposent aux autres DOM en raison de leur population vieillissante puisque la Guadeloupe et la Martinique pourraient compter en 2040 parmi les départements les plus âgés de France d'après les projections Insee [1]. À l'inverse, plus de 40 % de la population de Guyane et plus de 50 % de celle de Mayotte, deux départements qui connaissent une transition démographique tardive, avaient moins de 20 ans en 2015 (Insee, Recensement 2015). Avec La Réunion, ce sont les départements les plus jeunes de France et ils devraient le rester jusqu'en 2040. Les enjeux en termes de santé sont par conséquent différents dans chacun de ces territoires.

Les conditions de vie ne sont pas non plus les mêmes que dans l'Hexagone. Différents indicateurs traduisent une moins bonne situation socioéconomique des quatre DOM historiques, à des degrés divers selon les départements cependant. Ces départements ont ainsi des niveaux d'éducation et d'accès à l'emploi bien inférieurs à la population de métropole, avec entre 14 % et 33 % des jeunes de 16 à 24 ans qui ne détiennent aucun diplôme supérieur au brevet contre une moyenne de 10 % sur l'ensemble du territoire en 2014 [2], et un taux de chômage deux à trois fois plus élevé qu'en métropole [3-6]. Les conditions de vie sont globalement moins

bonnes : le revenu par habitant y est plus faible, particulièrement en Guyane [7], et les prix plus élevés, y compris pour les services de santé [8].

Alors que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère les déterminants sociaux de la santé comme l'une des principales causes des inégalités de santé [9], la mise en évidence de ces écarts de situations sociales et économiques entre les DOM et par rapport à la métropole, en sus des disparités démographiques, invite à s'interroger sur leurs effets sur la santé des habitants. En effet, de nombreuses recherches ont montré que les différences de conditions et de modes de vie et la position sociale étaient des facteurs d'inégalités de santé. Le système de santé et l'offre de soins peuvent également jouer sur l'état de santé. Ainsi, des inégalités de santé entre les DOM et la métropole pourraient découler directement des inégalités sociales entre les territoires, mais également refléter d'autres disparités telles que les environnements géographiques, le contexte économique ou l'offre de soins, déficiente dans certains départements et certains domaines de la santé [10].

Les données du Baromètre santé DOM 2014 permettent d'éclairer ces questions. Elles offrent la possibilité de décrire l'état de santé déclaré de la population vivant dans chacun des DOM grâce à un échantillon de taille importante (2 000 enquêtés par DOM) dans quatre départements : la Guadeloupe, la Martinique, La Réunion et la Guyane. Les résultats ne sont pas disponibles pour le département de Mayotte, où l'enquête n'a pu être conduite en 2014. Elle sera menée plus tard à l'aide d'un protocole spécifique adapté à la situation sur ce territoire, où les enjeux de santé sont forts.

Cette enquête dans les DOM offre également l'avantage de pouvoir établir des comparaisons avec la population métropolitaine, enquêtée dans le cadre du Baromètre santé en 2014 également. Il s'agit dans les deux cas d'une enquête téléphonique dont la méthode est détaillée dans un article spécifique [11]. Comme les données du Baromètre santé sont des données déclaratives qui offrent une vision subjective de la santé des individus, les indicateurs construits par ce biais ne permettent de mesurer qu'une facette de l'état de santé, mais reflètent bien le ressenti des personnes et couvrent différents aspects comme la santé perçue, médicale ou

fonctionnelle. Des études montrent par ailleurs qu'ils sont liés aux autres indicateurs de santé (notamment à la mortalité [12]) et aussi à la consommation de soins [13]. Ils comportent cependant des biais de déclaration qui ont fait l'objet d'études et seront discutés dans cet article.

Dans l'optique d'apprécier l'état de santé général de la population des DOM, cinq grands indicateurs ont ainsi été retenus sur la base des questionnaires, pour une vision transversale de la santé déclarée : les trois questions du mini-module européen (voir encadré), la santé buccodentaire et les troubles de la vision.

### LE MINI-MODULE EUROPÉEN

Les trois questions du mini-module (*Minimum European Health Module*) ont été conçues dans le cadre d'un programme européen de suivi de la santé démarré en 1998 et utilisées, depuis, dans de nombreuses enquêtes. L'objectif poursuivi était d'harmoniser des indicateurs d'état de santé permettant de suivre la mortalité et différents aspects de la santé, dans l'optique de les comparer entre les pays européens. Ce mini-module permet donc de saisir de façon simple les trois approches de la santé, subjective, liée aux maladies, et fonctionnelle, [14] par le biais des trois questions suivantes :

- Comment est votre état de santé en général ? Très bon/Bon/Assez bon/Mauvais/Très mauvais
- Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? Oui/Non
- Êtes-vous limité(e), depuis AU MOINS six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité(e)/Oui, limité(e) mais pas fortement/Non, pas limité(e) du tout<sup>1</sup>

L'indicateur de santé perçue permet d'approcher la santé telle que définie par l'OMS, à savoir non réduite à l'absence de maladie mais se rapprochant d'un état de bien-être. Il offre une vision globale et, bien que subjective, fiable de la santé d'un individu [15], souvent en cohérence avec d'autres grands indicateurs de santé. Un état de santé perçu intermédiaire ou mauvais sera associé, dans cette étude, aux réponses « Assez bon », « Mauvais » et « Très mauvais ».

La déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques permet d'approcher la santé par l'angle des pathologies. Elle va souvent de pair

avec une baisse de la qualité de vie et une hausse du recours aux services de santé [15].

Enfin, la sensation d'être limité dans les activités du quotidien, sévèrement ou non, répond à un besoin plus récent d'étudier la dépendance des populations. Cet indicateur capture différents aspects de la santé fonctionnelle, puisque les limitations peuvent être sensorielles, motrices ou cognitives. L'intitulé de la question permet d'insister sur la persistance de cette restriction d'activité dans le temps, ainsi que sur son origine, afin de distinguer les limitations dues à l'état de santé de celles dues au niveau de vie par exemple.

Si la littérature fournit des éléments témoignant de l'intérêt de ces indicateurs en s'appuyant sur la corrélation avec des indicateurs objectifs de mesure de l'état de santé, il est indispensable de rappeler qu'ils sont avant tout des outils de mesure de la santé déclarée. En cela, ils sont directement liés à la perception de ce qu'est une bonne santé ou à la connaissance des pathologies, dans le cas de la deuxième question. La comparaison de ces indicateurs entre différentes sous-populations devrait donc toujours aller de pair avec une réflexion sur les différences de représentations et d'informations sur la santé entre ces populations, notamment s'il s'agit de mettre en évidence des inégalités sociales de santé à partir de la santé déclarée. À titre d'exemple, les femmes déclarent plus souvent un moins bon état de santé tandis que leur espérance de vie est plus élevée [16]. Ce résultat appelle donc à la vigilance sur la portée des interprétations qui peuvent être tirées de ces indicateurs déclaratifs. Il illustre néanmoins la complémentarité des enquêtes et des outils de mesures plus objectifs de l'état de santé, et souligne de fait l'importance des études sur la santé perçue, lorsqu'elles s'accompagnent d'une connaissance des limites de ces indicateurs.

1. La casse est fidèle à la formulation de la question dans le questionnaire du Baromètre DOM 2014.

## RÉSULTATS

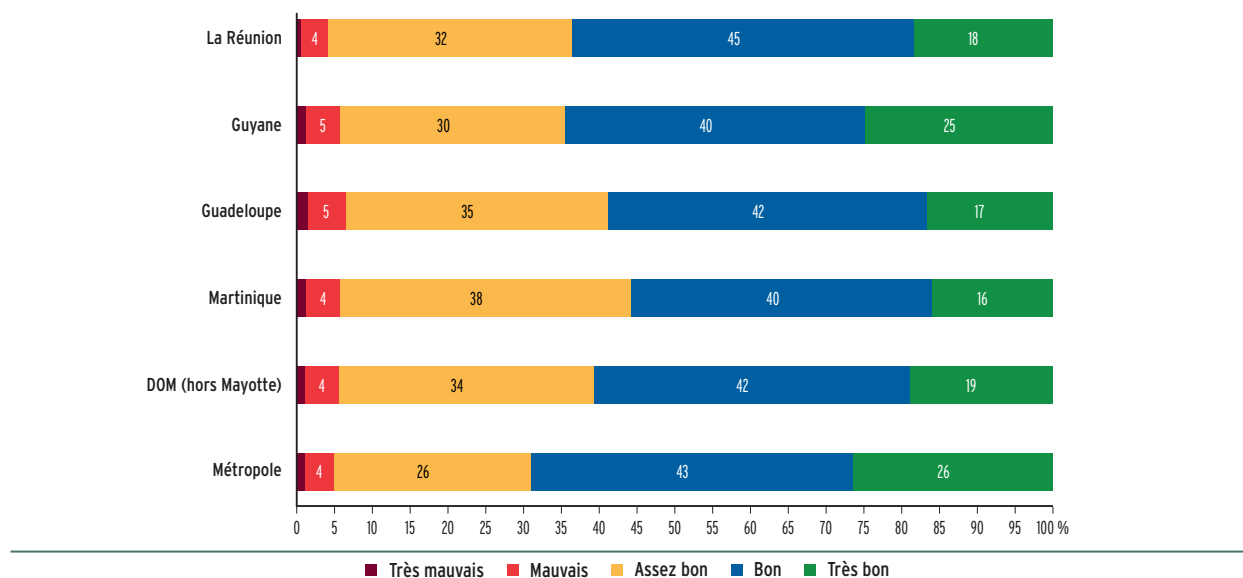
### COMPARAISON DES INDICATEURS DE SANTÉ ENTRE LES DOM, ET AVEC LA MÉTROPOLE

#### Une santé perçue moins bonne dans les DOM qu'en métropole

Dans les DOM, 61 % de la population âgée de 15 à 75 ans, hors Mayotte, déclare se sentir en bonne ou très bonne santé [figure 1]. C'est moins qu'en métropole où ce taux atteint 69 %. Cet écart se redistribue au profit d'un état

de santé perçue intermédiaire puisqu'un habitant sur trois dans les DOM se déclare en « assez bonne santé », contre un habitant sur quatre en métropole. Les parts de la population des DOM et de la métropole se déclarant en mauvaise (4 %) ou très mauvaise santé (1 %) sont quant à elles similaires.

Entre les DOM, les différences de déclaration de mauvaise santé sont légèrement plus marquées : c'est en Guadeloupe que la part d'individus se déclarant en mauvaise ou très mauvaise santé apparaît la plus élevée

**FIGURE 1 État de santé perçu**

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.  
Lecture : 19 % des habitants des DOM (hors Mayotte) déclarent se sentir en très bonne santé.

(6,4 %) et à La Réunion qu'elle est la plus faible (4,2 %). La part des personnes se déclarant en assez bonne santé est également élevée en Martinique et en Guadeloupe, qui sont les DOM présentant le moins souvent un bon état de santé perçu, avec seulement 56 % et 59 % de la population qui se sent en bonne ou très bonne santé, contre 64 % à La Réunion, et 65 % en Guyane [figure 2].

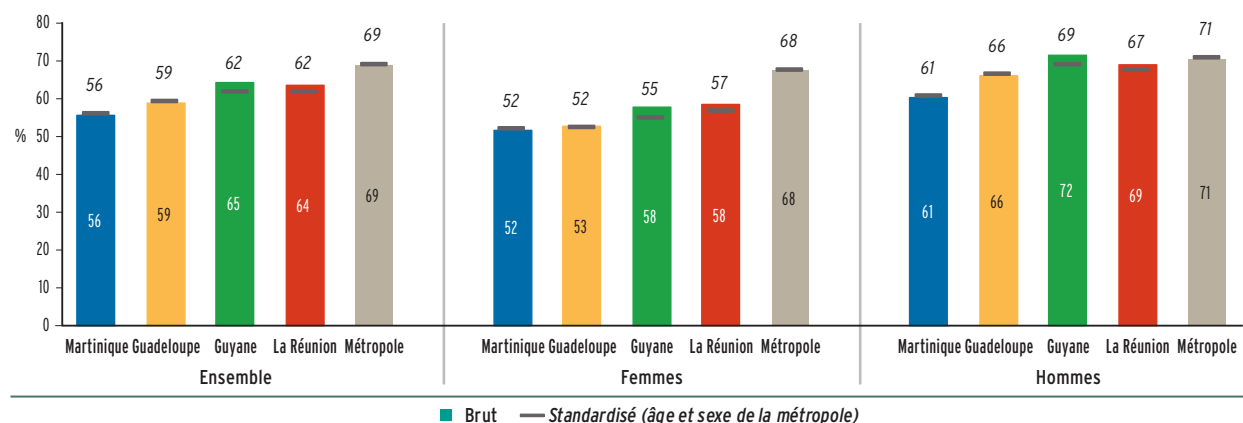
La comparaison de ces taux calculés en population générale ne permet cependant pas de tenir compte des structures par âge. Or, plus l'âge est avancé, plus la proportion de personnes qui se sentent en bonne santé diminue. Ainsi, le meilleur état de santé perçu en Guyane et à La Réunion peut notamment s'expliquer par le plus jeune âge de leurs populations. À structure d'âge et de sexe comparable à la métropole<sup>1</sup>, 62 % des habitants de ces deux départements se sentent en bonne ou très bonne santé. L'écart avec la Martinique et la Guadeloupe

se réduit donc mais subsiste, tout comme l'écart entre les DOM en général et la métropole.

### La moins bonne santé des femmes, un phénomène plus marqué dans les DOM

Ces disparités se retrouvent parmi les hommes comme parmi les femmes de 15 à 75 ans, mais sont particulièrement importantes chez ces dernières [figure 2]. On retrouve, à l'instar de ce qui est observé en métropole,

1. Les indicateurs ont été recalculés et standardisés sur l'âge et le sexe de la métropole, afin de tenir compte des effets de la structure démographique dans les comparaisons. En effet, la Guyane et La Réunion ont une population beaucoup plus jeune (respectivement 38 % et 31 % de l'échantillon ont moins de 30 ans contre 25 % environ pour les autres zones géographiques), et les indicateurs de santé sont fortement liés à l'âge. Il y a également une légère surreprésentation des femmes en Guadeloupe et en Martinique mais la standardisation sur le sexe ne modifie pas significativement les taux.

**FIGURE 2 Bonne ou très bonne santé déclarée**

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Lecture : 58 % des femmes habitant en Guyane se perçoivent en bonne ou très bonne santé. À structure d'âge et de sexe comparable à la métropole, ce taux s'abaisse à 55 %.

une santé perçue des femmes dans les DOM moins bonne que celle des hommes. Par ailleurs, les écarts entre la métropole et les DOM sont plus marqués parmi les femmes que parmi les hommes : 58 % des femmes de Guyane ou de La Réunion se déclarent en bonne ou très bonne santé, soit 10 points de moins qu'en métropole et cet écart atteint 15 et 16 points pour la Guadeloupe et la Martinique. Dans ces deux départements, à peine plus d'une femme sur deux se perçoit en bonne ou très bonne santé, contre près de sept femmes sur dix dans l'Hexagone.

Parmi les hommes, on trouve le taux le plus bas en Martinique, où 61 % d'entre eux se déclarent en bonne ou très bonne santé. En Guadeloupe, ils sont 66 %, tandis que les taux à La Réunion (69 %) et en Guyane (72 %) se rapprochent voire dépassent celui de métropole (71 %).

### Moins d'écarts entre les DOM et la métropole concernant la déclaration de maladies chroniques

La deuxième question du module européen sur l'état de santé porte sur la présence de maladies ou de problèmes de santé chroniques. Les résultats sont très différents selon les DOM [figure 3] : la Guyane se distingue par un taux relativement plus bas d'individus déclarant une maladie chronique (28 %), le taux en métropole (34 %) est proche de ceux en Guadeloupe et à La Réunion, tandis que celui en Martinique atteint 38 %. L'écart se creuse à nouveau pour les femmes qui sont plus de 40 % à déclarer souffrir d'une maladie chronique en Martinique, à La Réunion et en Guadeloupe. Elles sont presque autant en Guyane qu'en métropole (35 % et 34 %).

La déclaration de maladies chroniques parmi les hommes est toujours inférieure à celle des femmes dans l'ensemble de la France, et concerne environ 30 % d'entre eux, excepté en Guyane, où sa fréquence n'est que de 21 %.

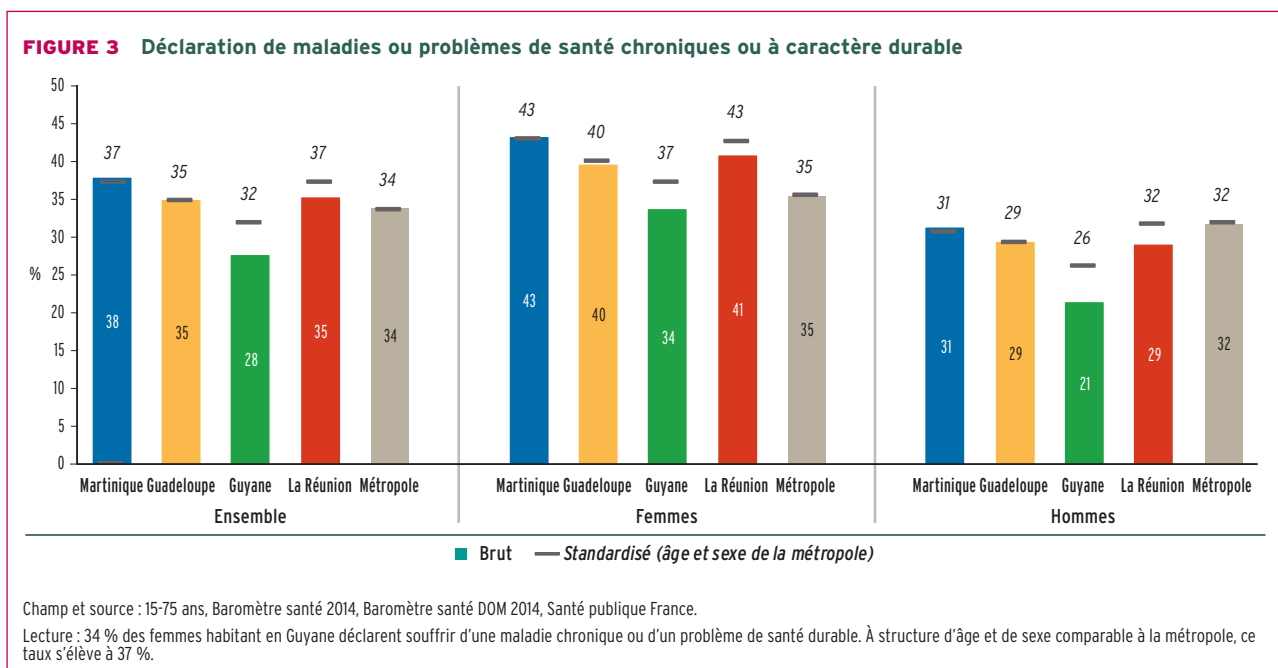
La plus faible déclaration de pathologies ou de problèmes de santé chroniques en Guyane est une fois encore à relier en partie à la structure d'âge, tandis que l'état de santé déclaré à La Réunion serait, à âge égal, moins bon que le reste de la population. Les taux standardisés en témoignent puisqu'à structure d'âge et de sexe comparable à la métropole, 37 % des habitants de La Réunion déclarent avoir un problème de santé ou une maladie chronique, rejoignant le taux élevé de la Martinique. En Guyane, une telle déclaration concerne 32 % des habitants.

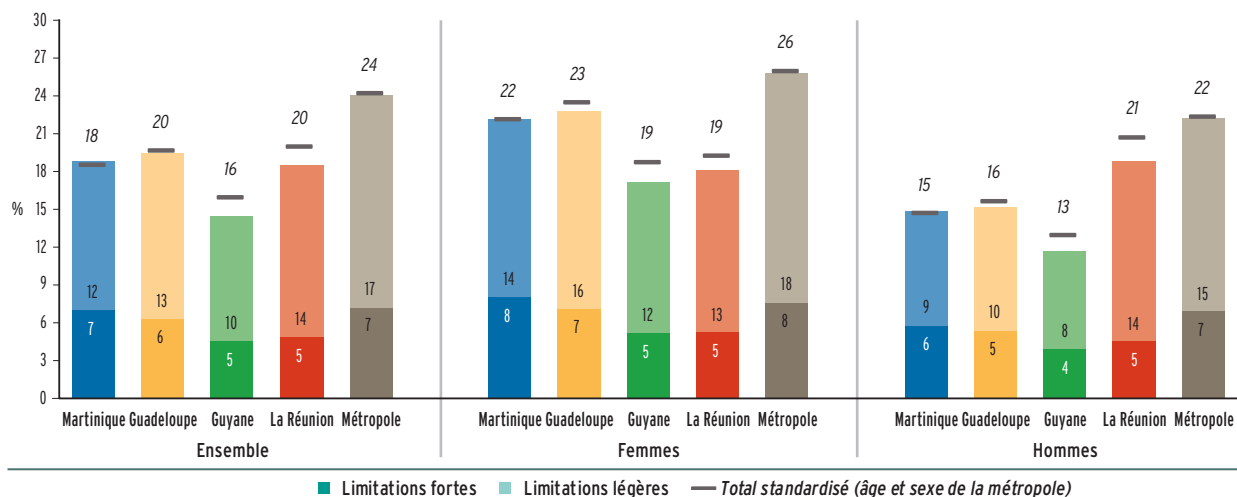
Cet indicateur traduit donc des disparités moins fortes que l'état de santé perçue entre d'un côté les DOM, et de l'autre la métropole, mais semble surtout révéler une prévalence de maladies chroniques plus forte dans les Antilles et à La Réunion. Il reste important de souligner que cette question ne permet pas de détailler les pathologies qui affectent la population. Il existe en effet des spécificités propres aux DOM en termes de types de maladies chroniques, du fait de l'environnement et des modes de vie : le diabète, les insuffisances cardiaques et les accidents vasculaires sont plus courants dans les DOM tandis que les cancers y sont plutôt moins fréquents [10, 17].

### Moins de limitations légères dans les activités quotidiennes dans les DOM

Une personne sur cinq en Martinique, en Guadeloupe et à La Réunion déclare être limitée depuis au moins six mois dans ses activités à cause d'un problème de santé [figure 4]. En Guyane, ce taux chute à 15 % sur l'ensemble de la population. C'est en métropole que la déclaration de limitations, légères ou fortes, est la plus élevée, touchant une personne âgée de 15 à 75 ans sur quatre.

Les disparités entre départements se creusent essentiellement en raison des déclarations de limitations



**FIGURE 4** Déclaration de limitations d'activité au cours des six derniers mois

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Lecture : 5 % des femmes habitant en Guyane se sentent fortement limitées depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement et 12 % déclarent sentir des limitations, mais pas fortement, pour un total de 17 % des femmes concernées par des limitations en Guyane. À structure d'âge et de sexe comparable à la métropole, ce taux s'élève à 19 %.

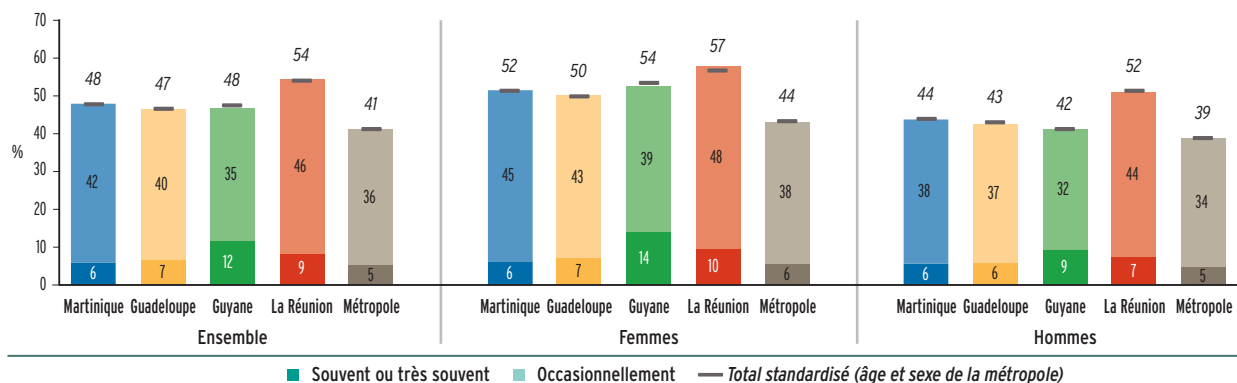
légères dans l'activité, qui concernent 10 % des Guyanais contre 17 % des métropolitains. Ainsi, en Guadeloupe et en Martinique, les habitants sont presque autant à déclarer des limitations sévères (6 % et 7 %) qu'en métropole (7 %) mais sont moins nombreux à se sentir légèrement limités dans les activités habituelles.

L'écart entre métropole et DOM subsiste quand on décline l'analyse par sexe, les habitants et habitantes d'outre-mer se déclarant toujours moins touchés, mais selon les DOM, les profils par sexe varient : les hommes de La Réunion sont presque aussi nombreux que ceux de la métropole à déclarer être limités depuis au moins six mois (19 %, soit trois points de moins qu'en métropole), tandis qu'ils ne sont que 15 % en Guadeloupe et Martinique, et 12 % en Guyane. Par conséquent, La Réunion est le seul DOM où les limitations touchent hommes et femmes en même proportion, tandis que dans les autres DOM et en métropole, les femmes les déclarent plus fréquemment (entre 4 et 7 points de plus que les hommes). Ainsi,

comme en métropole, près d'une femme sur quatre habitant en Martinique et en Guadeloupe déclare une limitation fonctionnelle.

### Des problèmes dentaires un peu plus fréquents dans les DOM, surtout à La Réunion

La population des DOM déclare plus fréquemment avoir des problèmes dentaires que celle de métropole [figure 5] : 41 % des métropolitains ont eu des problèmes dentaires au cours des douze derniers mois contre 47 % en Guadeloupe et 48 % en Martinique. La Réunion est associée à un plus mauvais état de santé dentaire avec 55 % des individus qui déclarent avoir eu des problèmes dentaires, dont 9 % souvent ou très souvent, soit près de deux fois plus que dans l'Hexagone. En Guyane, ils sont également nombreux (12 %) à déclarer des problèmes dentaires fréquents.

**FIGURE 5** Fréquence de problèmes dentaires

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Lecture : 39 % des femmes habitant en Guyane déclarent avoir occasionnellement eu des problèmes dentaires au cours des six derniers mois. 14 % d'entre elles déclarent que ces problèmes ont eu lieu souvent ou très souvent. À structure d'âge et de sexe comparable à la métropole, les problèmes dentaires concerneraient 54 % des femmes en Guyane.

Plus d'une femme sur deux dans les DOM déclare avoir connu des problèmes dentaires, contre 44 % des femmes en métropole. Elles sont partout plus nombreuses à déclarer ces problèmes que les hommes, pour lesquels les disparités territoriales sont moins marquées. À La Réunion, les hommes sont quand même plus de la moitié à déclarer des problèmes dentaires.

### Les troubles de la vision sont plus fréquents dans les Antilles et en métropole qu'en Guyane et à La Réunion

La présence de troubles de la vision parmi les 15-75 ans varie beaucoup selon les DOM [figure 6]. Cet indicateur regroupe trois types de troubles : les troubles non corrigés (lorsque l'individu n'a pas de lunettes ou lentilles mais déclare des problèmes de vue), les troubles insuffisamment corrigés (lorsque l'individu est porteur de lunettes ou lentilles mais ne voit pas bien avec) et les troubles bien corrigés (s'il n'a plus de difficultés à voir avec ses lunettes ou lentilles). Il n'a pas pu être mesuré en métropole où la question n'était pas intégrée dans le questionnaire. En Guadeloupe et en Martinique, environ sept personnes sur dix déclarent des troubles de la vision. Une étude menée en France métropolitaine [18] à partir de l'enquête ESPS<sup>2</sup> a révélé que trois adultes de plus de 18 ans sur quatre déclarent avoir des difficultés à voir, ce qui se rapproche des taux sur la population des 15-75 ans de ces deux départements. Les femmes sont plus concernées : elles sont un peu plus de 55 % en Guadeloupe et en Martinique à porter des lunettes ou lentilles avec une bonne correction, contre près de 40 % des hommes. Hommes et femmes confondus, un peu plus d'une personne sur cinq déclare des troubles de la vision mal corrigés ou non corrigés dans ces deux départements.

À La Réunion et en Guyane, où la population est plus jeune, on trouve un volume de personnes atteintes de troubles de la vision plus faible (respectivement 60 % et 56 %). Standardisés sur l'âge et le sexe de la métropole,

les taux se rapprochent mais restent légèrement inférieurs à ceux des Antilles (respectivement 64 % et 66 %). La part des personnes porteuses de lunettes ou lentilles mais qui ont encore des difficultés à voir y est également plus faible. En revanche, 15 % de la population de Guyane a des troubles de la vision non corrigés. Cette part est plus élevée que dans les autres DOM où cela concerne environ une personne sur dix. On retrouve dans l'ensemble des DOM une part plus importante de femmes que d'hommes déclarant des troubles de la vision, l'écart atteignant près de vingt points.

### DÉTERMINANTS SOCIOÉCONOMIQUES DE L'ÉTAT DE SANTÉ DÉCLARÉ EN POPULATION GÉNÉRALE

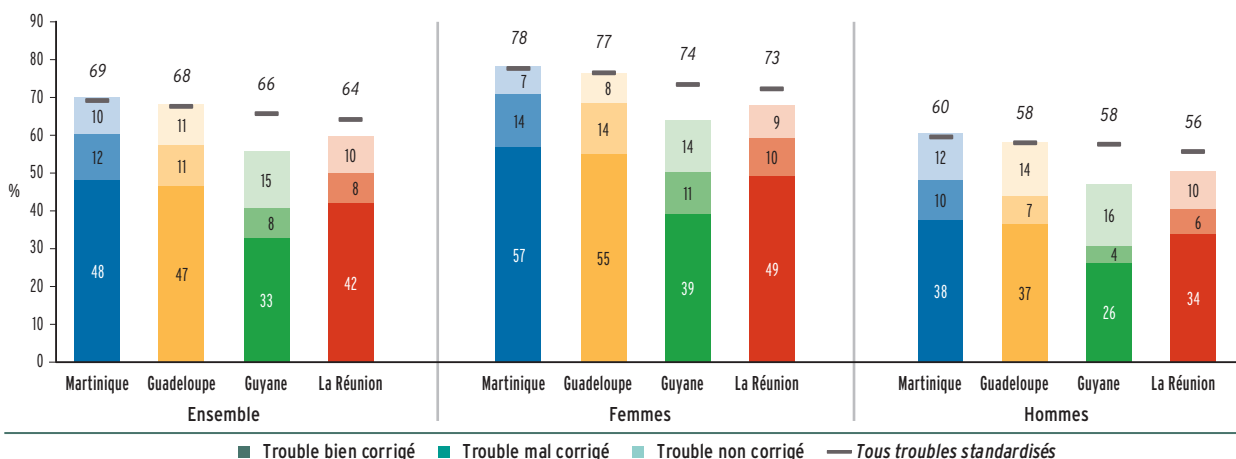
#### Les femmes et les personnes socialement moins favorisées déclarent une moins bonne santé

L'étude toutes choses égales par ailleurs de ces cinq indicateurs de santé sur l'ensemble de la population, fondée sur l'estimation de régressions logistiques, permet de dégager le poids des déterminants socioéconomiques de la santé qui sont communs aux DOM et à la métropole [tableau 1]. 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, revenu, situation professionnelle et territoire donnés, les femmes déclarent 1,4 fois plus souvent être en santé intermédiaire ou mauvaise que les hommes, et 1,2 fois plus souvent avoir une maladie ou un problème de santé chronique, ainsi que des limitations depuis six mois.

Il existe également un très fort lien avec la situation socioéconomique, révélé par l'effet de la situation finan-

2. L'enquête EHIS-ESPS 2014 est la dernière vague de l'Enquête santé et protection sociale, historiquement réalisée par l'Irdes. Pour cette édition, elle a fait l'objet d'une collaboration avec la Drees car elle est devenue le support de la vague 2 de l'Enquête santé européenne (EHIS-European Health Interview Survey).

FIGURE 6 Troubles de la vision déclarés



Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Lecture : 64 % de femmes en Guyane déclarent des troubles de la vision, et 14 % n'ont pas de correction pour ces troubles. À structure d'âge et de sexe comparable à la Métropole, elles seraient 74 % à souffrir de troubles.

**TABEAU I Effet des déterminants socioéconomiques et du lieu d'habitation sur les indicateurs de santé**

	Santé intermédiaire ou mauvaise		Maladies chroniques		Limitations fonctionnelles	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
<b>Âge</b>						
15-30 ans (réf.)	1		1		1	
31-45 ans	1,2***	[1,1;1,4]	1,4***	[1,2;1,5]	1,5***	[1,3;1,7]
46-60 ans	1,7***	[1,5;2,0]	2,5***	[2,3;2,8]	2,5***	[2,2;2,8]
61-75 ans	2,3***	[1,9;2,8]	3,3***	[2,8;3,8]	2,9***	[2,5;3,5]
<b>Sexe</b>						
Hommes (réf.)	1		1		1	
Femmes	1,4***	[1,3;1,6]	1,2***	[1,2;1,3]	1,2***	[1,1;1,3]
<b>Diplôme</b>						
Inférieur au bac	1,6***	[1,4;1,7]	0,8***	[0,8;0,9]	1,1	[1,0;1,1]
Bac	1,2***	[1,1;1,4]	0,9**	[0,8;1,0]	1,1	[1,0;1,2]
Supérieur au bac (réf.)	1		1		1	
<b>Situation professionnelle</b>						
Travail (réf.)	1		1		1	
Chômage	1,2**	[1,0;1,3]	1,1***	[1,0;1,3]	1,4***	[1,2;1,6]
Autres inactifs	1,2**	[1,0;1,4]	1,8***	[1,6;2,0]	2,3***	[2,0;2,6]
Études	0,8***	[0,6;0,9]	1,1	[0,9;1,2]	1,2**	[1,0;1,4]
Retraite	1,2*	[1,0;1,4]	1,4***	[1,2;1,6]	1,5***	[1,3;1,7]
<b>Situation financière</b>						
À l'aise (réf.)	1		1		1	
Ça va	1,3***	[1,1;1,5]	1,0	[1,0;1,1]	1,1**	[1,0;1,3]
C'est juste	1,8***	[1,6;2,0]	1,3***	[1,2;1,4]	1,5***	[1,4;1,7]
C'est difficile	2,5***	[2,2;2,9]	1,7***	[1,5;1,9]	2,2***	[2,0;2,5]
N'y arrive pas sans faire de dettes	3,5***	[2,9;4,3]	2,1***	[1,8;2,5]	2,8***	[2,4;3,3]
<b>Lieu d'habitation</b>						
Martinique	1,6***	[1,4;1,7]	1,1*	[1,0;1,2]	0,6***	[0,5;0,7]
Guadeloupe	1,4***	[1,3;1,6]	1,0	[0,9;1,1]	0,7***	[0,6;0,8]
Guyane	1,3***	[1,1;1,4]	1,0	[0,9;1,1]	0,6***	[0,5;0,7]
La Réunion	1,2***	[1,1;1,4]	1,1**	[1,0;1,3]	0,6***	[0,5;0,7]
Métropole (réf.)	1		1		1	

	Problèmes dentaires occasionnels ou fréquents		Troubles de la vision non ou mal corrigés <sup>o</sup>	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
<b>Âge</b>				
15-30 ans (réf.)	1		1	
31-45 ans	1,2 **	[1,0;1,3]	1,7 ***	[1,4;2,0]
46-60 ans	1,2 ***	[1,1;1,4]	2,8 ***	[2,3;3,5]
61-75 ans	1,3 ***	[1,0;1,5]	2,2 ***	[1,7;3,0]
<b>Sexe</b>				
Hommes (réf.)	1		1	
Femmes	1,3 ***	[1,2;1,4]	1,1	[0,9;1,2]
<b>Diplôme</b>				
Inférieur au bac	1,0	[1,0;1,1]	1,3 ***	[1,2;1,6]
Bac	1,1 **	[1,0;1,2]	1,1	[0,9;1,4]
Supérieur au bac (réf.)	1		1	
<b>Situation professionnelle</b>				
Travail (réf.)	1		1	
Chômage	1,0	[0,9;1,0]	1,3 ***	[1,1;1,5]
Autres inactifs	1,0	[0,9;1,2]	1,1	[0,9;1,4]
Études	0,8 ***	[0,7;0,9]	0,9	[0,7;1,3]
Retraite	1,0	[0,8;1,2]	1,1	[0,9;1,5]
<b>Situation financière</b>				
À l'aise (réf.)	1		1	
Ça va	1,2 ***	[1,0;1,3]	1,0	[0,8;1,2]
C'est juste	1,3 ***	[1,1;1,4]	1,3 ***	[1,1;1,6]
C'est difficile	1,4 ***	[1,2;1,6]	1,7 ***	[1,4;2,1]
N'y arrive pas sans faire de dettes	1,7 ***	[1,4;2,1]	2,5 ***	[1,9;3,2]
<b>Lieu d'habitation</b>				
Martinique	1,3 ***	[1,2;1,5]	1 (réf.)	
Guadeloupe	1,3 ***	[1,2;1,5]	1,1	[0,9;1,3]
Guyane	1,4 ***	[1,2;1,5]	1,2 **	[1,0;1,4]
La Réunion	1,8 ***	[1,6;2,0]	0,9	[0,8;1,1]
Métropole	1 (réf.)			

\*\*\* : significatif au seuil de 1 % ; \*\* : significatif au seuil de 5 % ; \* : significatif au seuil de 10 %

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Situation de référence : homme de 15 à 30 ans vivant en métropole, doté d'un diplôme supérieur au baccalauréat, travaillant et se sentant financièrement « à l'aise ».

<sup>o</sup> Cette question n'ayant pas été posée dans le questionnaire en métropole, le modèle n'est estimé que sur la population des DOM, avec la Martinique en situation de référence.

Lecture : une femme a 1,4 fois plus de chances de déclarer une santé intermédiaire ou mauvaise qu'un homme en situation de référence. La vraie valeur de ce rapport a 95 % de chances d'être comprise entre 1,3 et 1,6.



cière perçue, de la situation professionnelle et du niveau de diplôme. Ainsi, par rapport aux personnes se sentant « à l'aise » financièrement, les personnes percevant leur situation financière comme difficile ou étant endettées ont respectivement 2,5 et 3,5 fois plus de chances de déclarer un état de santé moyen ou mauvais. Ce rapport reste très élevé pour la déclaration de maladies chroniques, de limitations et de problèmes dentaires fréquents. L'effet de la situation financière sur les troubles de la vision qui sont non ou mal corrigés est également fort. Un plus faible niveau d'instruction est enfin associé à un plus fort taux de mauvaise santé perçue, ainsi qu'à des troubles de la vision mal corrigés. En revanche, la déclaration de maladie chronique augmente avec le niveau d'instruction, ce qui peut provenir d'un meilleur dépistage ou d'une meilleure survie à la maladie ou peut également être lié à des biais culturels de déclaration.

Les personnes qui ont un travail déclarent plus souvent un meilleur état de santé que les personnes au chômage, à la retraite ou les autres inactifs. Cet effet s'accroît particulièrement pour la déclaration de limitations fonctionnelles, entre 1,2 et 2,3 fois plus fréquente chez les personnes ne travaillant pas, probablement en raison d'une difficile insertion sur le marché du travail, l'effet pouvant également jouer en sens inverse. Les étudiants déclarent moins souvent un état de santé intermédiaire ou mauvais et des problèmes dentaires. Il s'agit sans doute d'un effet de leur jeune âge, même au sein de la catégorie des 15-30 ans.

Seules ces cinq grandes variables – âge, sexe, diplôme, situation professionnelle et situation financière perçue – ont été introduites dans le modèle. Elles sont apparues comme les plus pertinentes au regard de la taille de l'échantillon et de la distribution des effectifs, laissant ouvertes certaines questions comme l'influence de la catégorie socioprofessionnelle, ou de la situation familiale sur la santé déclarée. De plus, la situation financière perçue reste tributaire du milieu dans lequel on vit et ne reflète donc pas exactement le niveau de vie d'un individu. Il ne s'agit donc que d'une prise en compte partielle des caractéristiques socioéconomiques individuelles, mais qui permet déjà de comparer des populations semblables au sens de ces différentes variables, et de s'interroger sur un rôle persistant du lieu d'habitation sur la santé déclarée.

### Les spécificités des DOM persistent après prise en compte de leurs caractéristiques socioéconomiques

Après avoir contrôlé l'âge, le sexe, le diplôme, la situation professionnelle et la situation financière perçue, le fait d'habiter dans un des quatre DOM reste significativement associé à un moins bon état de santé perçu puisque les risques de déclarer un état de santé assez bon, mauvais, ou très mauvais sont entre 1,2 (La Réunion) et 1,6 (Martinique) fois plus élevés qu'en métropole **[tableau I]**. Ce rapport s'élève à 1,3 en Guyane et 1,4 en Guadeloupe. Cet effet se dissipe pour la déclaration de maladies chroniques qui ne se révèle significativement plus fréquente qu'à La Réunion et en Martinique. À l'inverse, la déclaration de limitations d'activité depuis six mois, associée à des odds ratio – ou rapports de risque –

entre 0,6 et 0,7, est moins fréquente dans les DOM qu'en métropole.

Les habitants des DOM, toutes choses égales par ailleurs, déclarent également des problèmes dentaires plus fréquents avec 1,3 fois plus de risques en Martinique et en Guadeloupe qu'en métropole, 1,4 et 1,8 fois plus de risques en Guyane et à La Réunion. Concernant les troubles de la vision non ou mal corrigés pour lesquels les données ne sont disponibles que dans les DOM, la situation n'est pas significativement différente entre les DOM, hormis en Guyane où les habitants déclarent 1,2 fois plus souvent une mauvaise vue, avec ou sans lunettes.

### LE GENRE : UNE VARIABLE CLÉ POUR COMPRENDRE L'ÉTAT DE SANTÉ

Le modèle estimé précédemment permet d'évaluer les spécificités de la santé déclarée dans les DOM, à structure sociodémographique égale. Il suppose cependant que les effets de structures sont homogènes entre DOM et métropole, autrement dit que les déterminants socio-démographiques agissent partout de la même façon. Or, l'introduction d'interactions entre les différentes variables du modèle et le lieu d'habitation révèle notamment que le genre ne joue pas de la même façon dans chacun des départements. Le modèle précédent a donc été estimé une nouvelle fois avec l'ensemble des variables, dont le sexe et le lieu d'habitation, ainsi qu'une variable croisant ces deux dernières afin d'isoler deux effets :

- l'effet cumulé de la variable interagir et de celle du sexe permet de mesurer l'ampleur des inégalités hommes-femmes dans chacun des DOM et en métropole et de déterminer si ces inégalités diffèrent selon les territoires **[tableau II]** ;
- l'effet cumulé de la variable interagir et de celle du lieu d'habitation permet cette fois de déterminer si les caractéristiques qui semblent spécifiques aux DOM sont les mêmes pour la population des hommes et des femmes **[tableau III]**.

Les résultats de ces deux approches sont présentés par la suite et rappellent l'importance d'une approche par genre de l'état de santé dans ces territoires.

### Des inégalités femmes-hommes plus marquées dans les DOM

Pour l'état de santé perçue et les maladies chroniques, les inégalités femmes-hommes s'avèrent plus marquées dans les DOM qu'en métropole puisque les femmes y ont une probabilité plus élevée de déclarer un moins bon état de santé **[tableau II]**. Ainsi, en Guyane et en Guadeloupe les femmes déclarent 1,8 fois plus souvent que les hommes avoir un état de santé intermédiaire ou mauvais, en moyenne. En métropole, elles ne le déclarent que 1,2 fois plus souvent. En Martinique et en Guyane, elles sont plus particulièrement touchées par des maladies chroniques puisqu'elles en déclarent 1,6 fois plus souvent que les hommes, tandis que les femmes de métropole en déclarent 1,1 fois plus souvent que les hommes. Les inégalités femmes-hommes en matière de limitations d'activité sont, quant à elles, plus marquées en Guadeloupe et en

**TABLEAU II Rapports de risques entre femmes et hommes pour les indicateurs de santé selon leur lieu d'habitation**

Femmes vs Hommes <sup>o</sup>	Santé intermédiaire ou mauvaise		Maladies chroniques		Limitations d'activité		Fréquence de problèmes dentaires	
Guadeloupe	1,8	[1,4 ; 2,1]	1,5	[1,2 ; 1,8]	1,6	[1,2 ; 2,0]	1,2	[1,0 ; 1,4]
Guyane	1,8	[1,5 ; 2,2]	1,6	[1,3 ; 1,9]	1,4	[1,1 ; 1,9]	1,6	[1,3 ; 1,9]
La Réunion	1,6	[1,3 ; 1,9]	1,4	[1,2 ; 1,7]	0,9	[0,7 ; 1,1]	1,3	[1,0 ; 1,5]
Martinique	1,5	[1,2 ; 1,8]	1,6	[1,4 ; 2,0]	1,4	[1,1 ; 1,8]	1,2	[1,0 ; 1,4]
Métropole	1,2	[1,0 ; 1,3]	1,1	[1,0 ; 1,2]	1,1	[1,1 ; 1,2]	1,3	[1,1 ; 1,4]

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Situation de référence : homme de 15 à 30 ans vivant en métropole, doté d'un diplôme supérieur au baccalauréat, travaillant et se sentant financièrement « à l'aise ».

<sup>o</sup> Ces tableaux donnent les odds ratios comparés à la modalité de référence et issus du modèle principal avec une variable d'interaction du sexe et du département. Ceux-ci sont obtenus par cumulation du coefficient estimé sur la variable sexe et sur celle du sexe croisé avec l'indicatrice spécifiant la zone géographique. Un odd ratio de 1 signifie que les femmes et les hommes ont les mêmes risques pour l'indicateur considéré.

Lecture : en Guyane, une femme a 1,8 fois plus de chances de déclarer une santé intermédiaire ou mauvaise qu'un homme en situation de référence. La vraie valeur de ce rapport a 95 % de chances d'être comprise entre 1,5 et 2,2.

**TABLEAU III Rapports de risques entre habitants de la métropole et des DOM pour les indicateurs de santé selon le sexe**

DOM vs métropole <sup>o</sup>	Santé intermédiaire ou mauvaise		Maladies chroniques		Limitations d'activité		Fréquence de problèmes dentaires	
<b>Femmes</b>								
Guadeloupe	1,7	[1,5 ; 2,0]	1,2	[1,0 ; 1,3]	0,8	[0,7 ; 0,9]	1,3	[1,1 ; 1,5]
Guyane	1,5	[1,3 ; 1,8]	1,1	[1,0 ; 1,3]	0,7	[0,6 ; 0,8]	1,5	[1,3 ; 1,7]
Réunion	1,4	[1,2 ; 1,6]	1,3	[1,1 ; 1,4]	0,6	[0,5 ; 0,7]	1,8	[1,6 ; 2,0]
Martinique	1,7	[1,5 ; 2,0]	1,3	[1,1 ; 1,5]	0,7	[0,6 ; 0,8]	1,3	[1,1 ; 1,5]
<b>Hommes</b>								
Guadeloupe	1,1	[1,0 ; 1,4]	0,9	[0,7 ; 1,0]	0,6	[0,5 ; 0,7]	1,4	[1,2 ; 1,6]
Guyane	1,0	[0,8 ; 1,2]	0,8	[0,7 ; 0,9]	0,6	[0,4 ; 0,7]	1,2	[1,0 ; 1,4]
La Réunion	1,0	[0,9 ; 1,3]	1,0	[0,8 ; 1,2]	0,8	[0,6 ; 0,9]	1,8	[1,5 ; 2,1]
Martinique	1,4	[1,2 ; 1,7]	0,9	[0,8 ; 1,0]	0,6	[0,4 ; 0,7]	1,4	[1,2 ; 1,6]

Champ et source : 15-75 ans, Baromètre santé 2014, Baromètre santé DOM 2014, Santé publique France.

Situation de référence : homme de 15 à 30 ans vivant en métropole, doté d'un diplôme supérieur au baccalauréat, travaillant et se sentant financièrement « à l'aise ».

<sup>o</sup> Ces tableaux donnent les odds ratios comparés à la modalité de référence et issus du modèle principal avec une variable d'interaction du sexe et du département. Ceux-ci sont obtenus par cumulation du coefficient estimé sur la variable de la zone géographique et sur celle de la zone géographique croisée avec l'indicatrice du sexe. Un odd ratio de 1 signifie que les habitants des DOM et de métropole ont les mêmes risques pour l'indicateur considéré.

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.

métropole. À La Réunion, elles sont inversées : les hommes ont plus de chances de déclarer des limitations depuis au moins six mois, toutes choses égales par ailleurs.

### Le moins bon état de santé déclaré dans les DOM par rapport à la métropole concerne essentiellement les femmes

L'interaction permet également de mieux décomposer le moins bon état de santé dans les DOM repéré dans le modèle principal. Il ressort en effet que certaines inégalités de santé entre les DOM et la métropole ne sont significatives que pour la catégorie des femmes [tableau III]. Ainsi, dans les quatre départements étudiés, elles se sentent, à âge, diplôme et situation financière égaux, en moins bonne santé qu'en métropole, particulièrement en Martinique et en Guadeloupe. Elles déclarent plus souvent des maladies chroniques, notamment en Martinique et à La Réunion. On ne retrouve pas ces inégalités de

santé parmi les hommes vivant dans chacun des DOM puisque seuls les Martiniquais sont significativement plus nombreux à se déclarer en moins bonne santé qu'en métropole. En Guyane, ils sont même moins nombreux à déclarer des maladies chroniques.

En somme, ces interactions permettent de mettre en évidence un double phénomène qui concerne la santé perçue et la déclaration de maladies chroniques : l'accroissement, outre-mer, des inégalités de genre face à la perception de sa santé et l'existence d'inégalités territoriales qui concernent les femmes avant tout, lesquelles se disent en moins bonne santé dans les DOM qu'en métropole.

La meilleure santé fonctionnelle des DOM, quant à elle, reste vraie toutes choses égales par ailleurs et pour les deux sexes, avec une différence légèrement moins nette parmi les femmes. En matière de santé buccodentaire enfin, toutes choses égales par ailleurs, les deux sexes sont affectés par des problèmes dentaires plus fréquents dans les DOM qu'en métropole.

## DISCUSSION

L'étude de ces cinq indicateurs synthétiques de l'état de santé déclaré a permis de révéler un profil de santé hétérogène et complexe de la population des DOM en comparaison de celui observé en métropole. Cependant, certaines inégalités se retrouvent. Ainsi, les femmes déclarent partout un moins bon état de santé que les hommes, quel que soit le type de problème de santé envisagé. Il s'agit d'un résultat largement retrouvé dans la littérature [16], pourtant contrasté par une espérance de vie plus élevée et des comportements plus favorables à leur santé [19]. La prise en compte de la déclaration des limitations d'activité invite cependant à considérer également l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans, qui est relativement proche pour les hommes et les femmes, s'élevant respectivement à 10,4 et 10,7 ans en 2014. Les femmes passent donc plus d'années avec des incapacités [18].

Par ailleurs, on retrouve de fortes inégalités de santé entre groupes socioéconomiques dans chacun des DOM comme en métropole. Les personnes moins favorisées socialement (diplôme inférieur, chômage ou inactivité, situation financière perçue défavorable) se disent en moins bonne santé et déclarent plus souvent des maladies chroniques. Or, les conditions socioéconomiques dans les DOM sont moins bonnes qu'en métropole puisque le chômage y est plus de deux à trois fois plus élevé [4-6], le taux d'activité, soit la part de personnes actives dans la population en âge de travailler, inférieur de 3 à 10 points, et la proportion de non ou peu diplômés supérieure de 15 à 25 points à celle de métropole. L'existence de ces déterminants socioéconomiques est donc une des raisons pour lesquelles l'état de santé (perçu ou morbidité déclarée) dans les DOM est moins bon en moyenne qu'en métropole.

Cependant, une fois les grands déterminants sociaux contrôlés, l'analyse multivariée ne permet pas de supprimer totalement les spécificités des DOM. L'interaction du sexe et du département révèle que celles-ci se manifestent avant tout chez les femmes vivant dans les DOM, qui, à classe d'âge et situation socio-économique égales, se sentent moins souvent en bonne santé et déclarent plus de maladies chroniques qu'en France métropolitaine. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette moins bonne santé perçue. La prévalence plus élevée du diabète dans les DOM pourrait y contribuer, notamment puisqu'elle est plus forte chez les femmes que chez les hommes dans ces départements [17]. Les femmes dans les DOM sont également plus souvent en surpoids ou obésité que les femmes de métropole, ce qui peut entraîner des dégradations de l'état de santé. Ces différents facteurs entraînent en outre 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 DOM montrent par ailleurs que les inégalités hommes-femmes sont souvent plus marquées qu'en métropole [20], et comme il a déjà été souligné, le modèle estimé ne permet qu'une prise en compte partielle de ces conditions de vie, n'incluant pas par exemple la situation familiale. Or, dans les DOM, les femmes sont notamment

entre deux et trois fois plus fréquemment qu'en métropole à la tête de familles monoparentales [21-23]. Cette situation peut accroître leur charge de travail domestique et entraîner une dégradation de leur santé perçue, mais la question mériterait d'être étudiée plus finement.

En matière de santé fonctionnelle, les déterminants sociaux jouent différemment, avec en particulier un lien moins fort avec le diplôme et la situation professionnelle, conduisant à une déclaration de limitations moins fréquente dans les DOM que dans l'Hexagone. En effet, en métropole, la fréquence de limitations va de pair avec une santé perçue dégradée [19]. Or, les habitants de Guadeloupe, de Martinique, de Guyane et de La Réunion, à âge, sexe et situation socioéconomique égaux, déclarent plus fréquemment une moins bonne santé perçue qu'en métropole, mais ressentent moins souvent des limitations dans leurs activités habituelles. Cela peut venir d'une perception différente du handicap et des restrictions d'activité ou d'un environnement physique différent. Des questions plus détaillées sur le type de limitations déclarées (sensorielles, motrices ou cognitives) permettraient d'élaborer des hypothèses plus précises sur ce résultat [24, 25].

L'étude de problèmes de santé spécifiques, à savoir la santé buccodentaire et les troubles de la vision, a permis de compléter cette approche généraliste et de mettre en évidence certaines spécificités. Ainsi, les habitants des DOM déclarent plus souvent avoir eu des problèmes dentaires au cours de l'année, lesquels sont associés aux mêmes déterminants socioéconomiques que la santé générale, hormis la situation professionnelle qui joue peu. Cette exception est étonnante puisqu'il a notamment été montré que la situation au regard de l'emploi est fortement corrélée à la probabilité de renoncer aux soins dentaires [26]. Les chômeurs, notamment, y renoncent plus fréquemment que les personnes en emploi, sans doute en raison de l'incertitude financière à laquelle ils sont confrontés, ce qui pourrait aller de pair avec des problèmes dentaires plus fréquents pour ces populations. La Réunion se distingue des autres DOM, avec une fréquence de problèmes dentaires significativement plus élevée, toutes choses égales par ailleurs. Il pourrait être intéressant d'approfondir l'étude des facteurs structurels potentiellement à l'origine de ces problèmes spécifiques.

En matière de troubles de la vision, ce sont la Guadeloupe et la Martinique qui sont les DOM les plus touchés. La Guyane et La Réunion présentent quant à elles une proportion de personnes atteintes de troubles de la vision plus faible, principalement en raison de leur situation démographique. Cependant, la correction de ces troubles se révèle moins bien assurée en Guyane, où les personnes atteintes et non porteuses de lunettes sont plus nombreuses.

L'ensemble de ces résultats restent par ailleurs tributaires de la méthode d'enquête : les questionnaires s'appuient sur la déclaration des personnes et dépendent donc de ce qu'elles perçoivent des questions posées et de leur état de santé. Leurs réponses peuvent ainsi être différentes de celles obtenues lors d'un examen de santé

par un professionnel, particulièrement en matière de pathologies chroniques déclarées. Une étude à partir de l'enquête décennale Santé 2002-2003 [27] doublée d'un examen de santé a ainsi mis en évidence la sous-déclaration de problèmes de santé tels que l'obésité, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie en auto-déclaré par rapport au diagnostic d'un professionnel de santé. Certaines mesures déclaratives donnent également des résultats différents entre elles : les individus déclarent plus souvent des pathologies lorsqu'elles sont listées une à une plutôt que lorsqu'elles sont regroupées sans être nommées dans une question comme celle du mini-module, qui peut faciliter les oublis. Par ailleurs, les indicateurs de santé perçue et de limitations reposent quant à eux sur les représentations de ce qu'est une bonne santé. Or, ces représentations pouvant elles-mêmes varier selon les groupes culturels et sociaux, il faut en tenir compte dans notre analyse, axée ici sur les inégalités, par exemple dans le cas des femmes, qui déclarent plus souvent un mauvais état de santé que les hommes tandis que leur espérance de vie est en moyenne plus élevée. Il existe également un biais de déclaration lié au diplôme et au revenu [24], puisque les personnes diplômées ou aux revenus supérieurs déclarent plus souvent des maladies chroniques, tandis que les personnes

ayant un diplôme inférieur ou équivalent au bac sous-déclarent leur mauvais état de santé. L'ensemble de ces biais pourraient alors conduire à une sous-estimation des inégalités sociales de santé qui sont pourtant déjà manifestes en métropole comme dans les DOM. Il peut également exister des biais culturels et nous manquons, à l'heure actuelle, d'études portant sur les différences de représentation de la santé dans les DOM et en métropole, qui permettraient d'étayer les résultats déclaratifs présentés ici.

Une étude s'appuyant sur les données administratives permettrait enfin de compléter cette approche subjective de la santé par la dimension de consommation et de recours aux soins. Sans qu'elle ne permette de se départir des conditions d'offre ou d'accès aux soins, elle offrirait la possibilité d'analyser finement les pathologies spécifiquement répandues dans les DOM et de mieux comprendre les comportements de santé de leurs habitants. Ainsi, un rapport a déjà permis de mettre en évidence la prévalence plus importante du diabète et des problèmes cardiovasculaires dans les DOM, de même que des risques plus forts liés aux maladies sexuellement transmissibles ou à certaines maladies infectieuses présentes sur ces territoires. D'autres questions du Baromètre santé permettent d'instruire plus en détail ces problématiques.

## SOURCES ET RÉFÉRENCES

1. Léon O. La population des régions en 2040. *Insee première*, décembre 2010, n° 1326 : p. 1-4.
2. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. *Géographie de l'école*. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement et de la Recherche, 2014 : 141 p.
3. Le Grand H., Rivière J. Un taux de chômage de 26,8 % en moyenne en 2014. *Insee Flash Réunion*, juin 2015, n° 32 : p. 1-2.
4. Treyens P.E. Un taux de chômage de 19,4 % en moyenne en 2014. *Insee Flash Martinique*, juin 2015, n° 17 : p. 1-2.
5. Treyens P.E., Tantin Machecler M. Un taux de chômage de 22,6 % en moyenne en 2014. *Insee Flash Guyane*, juin 2015, n° 17 : p. 1-2.
6. Treyens P.E., Tantin Machecler M. Un taux de chômage de 23,7 % en moyenne en 2014. *Insee Flash Guadeloupe*, juin 2015, n° 17 : p. 1-2.
7. Hurpeau B. Les produits intérieurs bruts régionaux de 1990 à 2013. *Insee Focus*, 2016, n° 60.
8. Jaluzot L., Malaval F., Rateau G. En 2015, les prix dans les DOM restent plus élevés qu'en métropole. *Insee Première*, avril 2016, n° 1589 : p. 1-4.
9. Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2008.
10. Delanoy A., d'Almeida S., Harlé L. *Recueil d'indicateurs régionaux. Offre de soins et état de santé, édition 2014*. Paris : DREES, 2014 : 113 p.
11. Richard J.-B., Andler R. *Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2015 : 16 p.
12. Idler E.L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, vol. 38, n° 1 : p. 21-37.
13. Desalvo K.N., Fan V.S., McDonnell M.B., Fihn S.D. Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question. *Health Services Research*, 2005, vol. 40, n° 4 : p. 1234-46.
14. Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. In : Fox J. *Health inequalities in European countries*. Aldershot : Gower, 1989.
15. Cox J., Van Oyen E., Cambois E., Jagger C., Le Roy S., Robine J.M., et al. The reliability of the Minimum European Health Module, *Public Health*. 2009, vol. 54, n° 2 : p. 55-60.
16. Fourcade N., Gonzalez L., Rey S., Husson M. La santé des femmes en France. *Études et Résultats*, mars 2013, n° 834 : p. 1-6.
17. De Singly C. *La stratégie de santé pour les outre-mer*. Paris : ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016 : 23 p.
18. Fourcade N., von Lennep F., Gremy I., Bourdillon F. *L'état de santé de la population en France*. Paris : Drees, 2017 : 425 p.
19. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. *Études et Résultats*, février 2010, n° 717 : p. 1-8.
20. Goujon M., Rivière F. Les inégalités hommes-femmes comparées dans les économies ultra-marines françaises. *Atelier d'analyse des économies d'outre-mer, note économique*, octobre 2016, n° 5 : p. 1-7.
21. Naulin A. Des inégalités femmes-hommes marquées, dont certaines s'accroissent. *Insee Flash Guyane*, mars 2016, n° 34 : p. 1-2.
22. Naulin A. Inégalités femmes-hommes : des écarts parfois favorables aux Martiniquaises. *Insee Flash Martinique*, mars 2016, n° 34 : p. 1-2.
23. Naulin A. Inégalités hommes-femmes en Guadeloupe : une moindre résorption qu'en moyenne nationale. *Insee Flash Guadeloupe*, mars 2016, n° 34 : p. 1-2.
24. Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales*, 2008, n° 1 : p. 29-47.
25. Cambois E., Grobon S., Robine J.M., Van Oyen H. Faut-il changer la formulation des indicateurs de « limitations d'activité » ? *Dossiers de solidarité et santé*, décembre 2015, n° 70 : 1-27.
26. Azogui-Lévy S. et Rochereau, T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire - Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000. *Questions d'économie de la santé*, mai 2005, n° 94 : p. 1-8.
27. Dauphinot V., Naudin F., Guéguen R., Perronnin M., Sermet C. Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. *Revue française des affaires sociales*, 2008, n° 1 : p. 15-27.

## REMERCIEMENTS

---

**Jean-Baptiste Richard** (Santé publique France), pour la préparation de la base de données utilisée dans cette analyse et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de cette étude

Relecture

**François Beck** (Institut national de la statistique et des études économiques, Insee)

Sources et références

**Manon Jeuland** (Santé publique France)

Édition

**Jeanne Herr** (Santé publique France)

## POUR NOUS CITER

---

Dubost C.-L. *Baromètre santé DOM 2014. Les DOM : une santé déclarée moins bonne qu'en métropole, notamment parmi les femmes*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 13 p.