

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 78 • avril 2021

Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019

**Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane,
La Réunion, Mayotte**

Aude Leduc (DREES), Thomas Deroyon (DREES), Thierry Rochereau (Irdes), Auriane Renaud (Insee)

Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019

Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane,
La Réunion, Mayotte

Aude Leduc (DREES), Thomas Deroyon (DREES), Thierry Rochereau (Irdes), Auriane Renaud (Insee)

Remerciements : Mohamadi Ahamadi, Raphaël Andler, Alexandra Andriamasinoro, Muriel Barlet, Pascal Chevalier, Antonin Creignou, Farah El Malti, Cyril Favre Martinoz, Elisabeth Fery-Lemonnier, Yves Fradier, Romain Guignard, Anne Hipolite, Stéphane Jeandet, Jamel Mekkaoui, Sébastien Merceron, Thomas Merly-Alpa, Javier Nicolau, Anne Pasquereau, Jacques Pisarik, Jonas Poucineau, Sylvain Quenum, Julien Ramillon, Philippe Raynaud, Sylvie Rey, Jean-Baptiste Richard, Delphine Roy, Marc Ruello, Pierre Thibault, Luciano Valony, Zaharouna Zakaria

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 78 • avril 2021

Synthèse Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019

**Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane,
La Réunion, Mayotte**

Aude Leduc (DREES), Thomas Deroyon (DREES), Thierry Rochereau (Irdes), Auriane Renaud (Insee)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'enquête santé européenne est dorénavant¹ réalisée tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. L'année 2019 correspond à la troisième édition de cette enquête. En France, elle a été conduite en métropole et pour la première fois dans les cinq départements et régions d'outre mer (DROM). Sa partie métropolitaine répond au règlement 2018/255 de la Commission européenne relatif à la fourniture des données de l'European Health Interview Survey (EHIS) à Eurostat. Elle a été réalisée en collaboration entre la DREES et l'Irdes pour son volet métropolitain et entre la DREES et l'Insee pour son volet ultra-marin. L'enquête porte sur la population âgée de 15 ans ou plus vivant à domicile, avec environ 14 000 répondants en métropole et 2 000 par DROM, permettant une comparaison entre ces différents territoires.

Cette publication délivre les premiers résultats de cette enquête sur la santé perçue et les habitudes de vie relatives à la santé². Un certain nombre de résultats sont donnés en standardisant les structures par âge des différents territoires, car celles-ci sont très différentes selon les territoires avec notamment La Réunion, la Guyane et surtout Mayotte qui ont une population plus jeune que la métropole. Ainsi, la standardisation fait apparaître une santé perçue plus dégradée dans les DROM qu'en métropole : si 8 % de la population en métropole âgées de 15 ans ou plus se déclare en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, c'est le cas de 14 % de la population en Guadeloupe, Martinique et Guyane, de 11 % à La Réunion et de 21 % à Mayotte en calant la structure par âge sur celle de la métropole. Parmi les 15 ans ou plus, 9 % sont handicapés³ en métropole, 11 % dans les DROM une fois la structure par âge calée sur celle de la métropole sauf en Martinique où le niveau atteint 13 %. Les niveaux ne sont pas significativement différents de la métropole en Guyane et à Mayotte. La population âgée à domicile semble particulièrement en mauvaise santé dans les DROM comparativement à la métropole et plus limitée fonctionnellement, notamment à Mayotte. Une fois standardisé sur la structure par âge de la métropole, la part de personnes handicapées parmi les 55 ans ou plus est plus élevée dans tous les DROM qu'en métropole sauf en Guyane où l'écart n'est pas significatif. Ainsi, 21 % des 55 ans ou plus sont handicapés en Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, 24 % en Martinique et à Mayotte contre 16 % en métropole. Plus précisément, les difficultés de vision, les difficultés motrices et les difficultés pour se concentrer et se souvenir sont plus fréquentes dans les DROM. Ainsi, alors que 10 % des personnes âgées de 55 ans ou plus ont des difficultés sévères pour marcher 500 mètres en métropole, c'est le cas de 19 % des 55 ans ou plus en Guadeloupe, 19 % en Martinique, 21 % en Guyane, 20 % à La Réunion et 39 % à Mayotte, une fois standardisé sur la structure par âge de la métropole. En ce qui concerne les jeunes, il apparaît une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs à Mayotte (23 % des 15-29 ans) et en Guyane (22 %) relativement à la métropole (10 %). De manière générale, les Mahorais donnent une note de satisfaction relative à leur vie plus faible que les résidents des autres territoires (5,4/10 en moyenne versus entre 6,8/10 et 7,0/10 en métropole et dans les autres DROM).

Les femmes présentent une santé perçue plus dégradée comparativement aux hommes dans les DROM qu'en métropole. Elles déclarent plus fréquemment une santé « assez bonne », « mauvaise » ou « très mauvaise » dans tous les territoires en contrôlant l'âge et le niveau de vie. Elles sont plus fréquemment obèses dans les DROM qu'en métropole. Alors que le taux d'obésité est le même pour les femmes et les hommes en métropole (15 % versus 14 %), celui des femmes est plus élevé que celui des hommes dans les DROM, l'écart le plus important se situant à Mayotte. Les femmes de 15 ans ou plus sont 23 % à être obèses en Guadeloupe et en Guyane, 25 % à l'être en Martinique, 20 % à La Réunion et 34 % à l'être à Mayotte. Parmi les femmes âgées de 45 ans ou plus, plus d'une sur deux est obèse à Mayotte. Cette forte prévalence de l'obésité parmi les femmes à Mayotte s'accompagne d'un excès de sédentarité, seul territoire où il existe un écart significatif entre les femmes et les hommes pour cet indicateur : 42 % des femmes présentent un excès de sédentarité (passer éveillé plus de 7 heures par jour assis ou allongé) contre 31 % des hommes. En revanche, les femmes sont plus préservées du tabac dans les DROM qu'en métropole, sauf à La Réunion où l'écart n'est pas significatif. Elles sont ainsi 7 % à fumer quotidiennement en Guadeloupe, 8 % en Martinique et en Guyane, 13 % à La Réunion et 5 % à Mayotte contre 16 % des femmes de 15 ans ou plus en métropole. Les femmes fument moins fréquemment que les hommes en métropole (22 % de fumeurs quotidiens parmi les hommes de 15 ans ou plus), à Mayotte (18 %), à La Réunion (19 %) et en Guadeloupe (13 %).

Les territoires connaissent des situations économiques variées, les Antilles ayant le niveau de vie le plus proche de celui de la métropole avec un niveau de vie médian inférieur d'environ 20 % à celui de la métropole, puis vient La Réunion, la Guyane et enfin Mayotte se détachant avec un niveau de vie médian d'un niveau égal au sixième de celui de la métropole. C'est une des raisons qui expliquent une plus faible part de la consommation de fruits et de légumes dans les DROM qu'en métropole.

¹ Antérieurement, la périodicité était tous les cinq ans. La précédente édition a de ce fait eu lieu en 2014. Depuis le nouveau règlement-cadre européen relatif aux statistiques sociales (Integrated European Social Statistics : IESS) la périodicité est tous les six ans.

² Cette publication sort plus tardivement qu'initialement anticipé du fait de la mobilisation des équipes concernées dans la mise en place de l'opération EpiCov depuis le début du premier confinement dû à l'épidémie de Covid 19.

³ La mesure du handicap utilise ici l'indicateur GALI (Global Activity Limitations Indicator), qui repère dans l'enquête les personnes répondant qu'elles sont fortement limitées à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement.

Alors que les fruits sont très présents dans les DROM, 45 % de la population de 15 ans ou plus en Guadeloupe mangent des fruits tous les jours, 39 % en Martinique, 42 % à La Réunion, 30 % en Guyane et 16 % à Mayotte contre 59 % des métropolitains du même âge. À l'inverse, la consommation quotidienne de boissons industrielles sucrées est plus fréquente dans les DROM qu'en métropole sauf en Martinique : 12 % des Guadeloupéens de 15 ans ou plus en consomment tous les jours, 9 % des Martiniquais, 16 % des Guyanais, 13 % des Réunionnais et 15 % des Mahorais contre 10 % des Métropolitains de 15 ans ou plus. La pratique du sport qui peut être onéreuse est moins fréquente dans les DROM qu'en métropole : 30 % de la population de 15 ans ou plus en Guadeloupe déclare faire du sport toutes les semaines, 35 % en Martinique et à La Réunion, 31 % en Guyane et 21 % à Mayotte contre 45 % en métropole. Sur tous les aspects relatifs à la santé mis en avant dans cette publication, un gradient social s'observe au sein de chaque territoire même si les situations économiques sont très différentes. Les personnes appartenant au quartile local de niveau de vie le plus élevé ont une santé perçue meilleure que celle appartenant au quartile le plus faible et des habitudes de vie partout plus favorables à la santé.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	3
■ SANTÉ PERÇUE	8
Une santé perçue plus dégradée dans les DROM qu'en métropole particulièrement parmi les femmes et les plus âgés	8
Le diabète et l'hypertension artérielle plus fréquemment déclarés dans les DROM à structure par âge de la population comparable	10
■ HANDICAP	12
Plus de personnes handicapées dans les DROM qu'en métropole parmi les 75 ans ou plus	12
Des difficultés motrices sévères bien plus fréquentes dans les DROM qu'en métropole à partir de 55 ans, particulièrement à Mayotte	14
■ SANTÉ MENTALE	19
Une prévalence de symptômes dépressifs plus forte en Guyane et à Mayotte qu'en métropole parmi les jeunes adultes	19
Une note de satisfaction relative à la vie plus faible à Mayotte que partout ailleurs	22
■ TABAC	25
Le tabagisme moins fréquent parmi les femmes, surtout à Mayotte.....	25
L'exposition quotidienne au tabagisme passif particulièrement fréquente à La Réunion	27
■ ALIMENTATION	29
Une consommation plus faible de fruits et légumes dans les DROM	29
Une consommation quotidienne de boissons sucrées industrielles un peu plus fréquente dans les DROM qu'en métropole, sauf en Martinique	33
■ ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE	35
La recommandation d'au moins 30 minutes de marche ou vélo par jour moins fréquemment suivi dans les DROM qu'en métropole sauf pour les hommes mahorais.....	35
Dans tous les territoires, la pratique du sport et du renforcement musculaire plus fréquente parmi les plus aisés.....	36
L'excès de sédentarité plus fréquent en métropole que dans tous les DROM sauf à Mayotte	38
■ CORPULENCE	41
Les femmes plus concernées que les hommes par l'obésité dans les DROM, notamment à Mayotte	42
Pour les femmes, un effet protecteur du niveau de vie contre l'obésité.....	44
■ CONCLUSION	46
■ POUR EN SAVOIR PLUS.....	47
Annexe 1. Santé générale perçue.....	49
Annexe 2. Santé perçue bucco-dentaire	53
Annexe 3. Douleurs fortes ou très fortes.....	56
Annexe 4. Handicap	57

Annexe 5. Modélisation plus complète relative aux symptômes dépressifs	64
Annexe 6. Indicateurs relatifs au tabac	65
Annexe 7. Indicateurs sur l'alimentation.....	67
Annexe 8. Indicateurs relatifs à la pratique d'une activité physique et sportive.....	69
Annexe 9. Redressement des distributions des tailles et des poids à Mayotte	74
Annexe 10. Types de corpulence.....	86

■ INTRODUCTION

Pour la première fois en 2019, l'enquête santé européenne (encadré 1) a été menée en métropole et dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) avec des échantillons de taille suffisante pour produire des résultats sur chacun des territoires d'outre-mer. Il s'agit de la troisième édition de l'European Health Interview Survey (EHIS) sous règlement obligatoire (2018/255) piloté au niveau européen par Eurostat. Le règlement européen impose de mener la collecte en métropole mais la DREES a décidé pour cette édition d'étendre la collecte aux cinq DROM. Cette orientation répondait au constat qui avait été fait en 2014 par la Cour des comptes d'un manque de données sur la santé en outre-mer (La santé dans les outre-mer, 2014). La couverture de l'enquête est exhaustive dans tous les territoires sauf en Guyane où seule la Guyane « routière » a été enquêtée.

Le règlement européen harmonise la collecte dans les différents pays européens. Il définit notamment le champ de l'enquête (les personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en « logement ordinaire »⁴), une liste d'indicateurs que l'enquête doit permettre de renseigner et un niveau de précision à atteindre dans les estimations. Le questionnaire de l'enquête, pour renseigner ces indicateurs, aborde la santé perçue, les maladies chroniques, la santé mentale, les limitations d'activité, le recours aux soins, les actes de prévention, la corpulence et les habitudes de vie liées à la santé (alimentation, activité physique, tabac, alcool). Le mode de collecte est laissé au libre choix des pays.

Cette publication présente les premiers résultats de l'enquête santé européenne 2019 sous l'angle de la santé perçue, des limitations d'activité, de la santé mentale, des habitudes de vie en lien avec la santé⁵ et de la corpulence. L'approche retenue est celle de la comparaison entre la métropole et chacun des DROM. Lorsqu'ils étaient significatifs, les écarts entre les DROM ont également été commentés.

Les DROM sont des territoires différents de la métropole par leur situation géographique et la population qu'ils abritent. Sauf les deux régions des Antilles qui ont des caractéristiques communes, les DROM sont très différents entre eux. Les Antilles ont une population plutôt vieillissante tandis que La Réunion, encore plus la Guyane et surtout Mayotte ont une population jeune. Le niveau de vie est plus faible dans tous les DROM qu'en métropole. La Guyane et surtout Mayotte se détachent avec des niveaux plus faibles que le reste des territoires et des inégalités de niveaux de vie plus prononcées au sein des populations. En matière d'offre de soins, la densité de médecins est plus faible dans les DROM qu'en métropole sauf à La Réunion où la situation peut être meilleure que celle de la métropole, par exemple en ce qui concerne la densité de médecins généralistes. Les capacités d'accueil en hospitalisation sont plus faibles dans tous les DROM, et cela nettement en Guyane, à La Réunion et encore plus à Mayotte. Les niveaux de couverture par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire sont hétérogènes dans les DROM. La situation de Mayotte est très spécifique avec une couverture maladie faible de sa population (encadré 2).

Dans ce contexte où les niveaux de vie, l'offre de soins, la couverture maladie, mais aussi la culture sont très différents, cette publication fait le constat d'états de santé hétérogènes selon les territoires. L'analyse met en avant les écarts entre les sexes et le poids des inégalités de niveau de vie au sein de la métropole et de chaque DROM sur la santé perçue et ses déterminants. Elle s'est employée à donner des chiffres caractérisant la population métropolitaine et ultramarine mais également à neutraliser les écarts de structures par âge des populations entre la métropole et chacun des DROM dans une approche comparative (encadré 3).

Encadré 1 • Le dispositif d'enquêtes EHIS

Le volet métropole de l'enquête a été réalisé en collaboration entre la DREES et l'Irdes. La collecte a été sous-traitée à un prestataire privé. Le volet DROM, encore appelé « enquête santé Dom », est le fruit d'une collaboration entre la DREES et l'Insee. La collecte a été réalisée par les enquêteurs de l'Insee.

Taille des échantillons : En métropole, 14 192 personnes ont répondu à l'enquête. Dans les DROM, 1 982 ont répondu en Guadeloupe, 1 817 en Martinique, 2 176 en Guyane, 1 763 à La Réunion et 2 026 à Mayotte. Les taux de réponse ont été 57 % en métropole, 87 % en Guadeloupe et à Mayotte, 79 % en Martinique, 77 % en Guyane et 73 % à La Réunion.

Échantillonnage : En métropole, l'échantillon était un échantillon d'individus tiré dans les fichiers démographiques sur les logements et les individus issus notamment des sources fiscales et appelés Fidéli⁶. Dans les DROM, il s'agissait d'un échantillon de logements qui pouvait conduire à l'interrogation de deux personnes maximum par ménage, celles ayant 15 ans ou plus et dont leur jour et mois de naissance étaient les plus proches de la date de venue de l'enquêteur au domicile pour réaliser l'enquête (tirage kish). À Mayotte, comme certaines dates de naissance sont inconnues et ont été mises au 1^{er} janvier, il a été préféré de procéder à un tirage aléatoire pur des personnes enquêtées dans

⁴ Par cette expression, on entend que les personnes en institutions ne sont pas dans le champ de l'enquête, ni par exemple les personnes sans domicile.

⁵ Les données relatives à la consommation d'alcool sont encore en cours d'expertise.

⁶ Voir le séminaire de méthodologie statistique de l'Insee du 29 novembre 2018 pour plus d'informations sur le sujet : <https://www.insee.fr/fr/information/4191244>

le ménage. Dans les DROM, le tirage de l'échantillon a été effectué dans Fidéli pour les quatre DROM historiques et dans les données cartographiques pour Mayotte.

Protocole de collecte : La différence de taux de réponse entre la métropole et les DROM tient en partie au mode de collecte. La collecte en métropole a été menée par téléphone lorsque les personnes échantillonnées disposaient d'un numéro de téléphone dans Fidéli ou par enrichissement annuaire. Dans le cas contraire, les personnes étaient sollicitées en face à face. Par ailleurs, un impossible à joindre par téléphone sur deux a été basculé en face à face. Dans les DROM, la collecte a été menée exclusivement en face à face par les enquêteurs de l'Insee conduisant à de meilleurs taux de réponse. Les questions les plus sensibles (santé mentale, tabac, alcool, drogues) ont été passées sous casque dans les DROM pour favoriser une réponse sincère. Elles ont ainsi été traduites en trois langues pour la passation en Guyane (créole guyanais, bushinenge, portugais brésilien) et en deux langues pour Mayotte (Shimaore et Kibushi). À Mayotte, les enquêteurs de l'Insee ont été équipés de balances et de télémètres pour recueillir le poids et la taille des personnes enquêtées (voir partie Corpulence).

Période de collecte : La collecte a eu lieu du 30 avril 2019 au 31 janvier 2020 en métropole et du 8 juillet au 31 décembre 2019 dans les DROM.

Couverture : En Guyane, la collecte couvre la Guyane « routière » allant d'Apatou à l'ouest à Saint-Georges de l'Oyapock à l'est, conformément à ce qui est habituellement fait dans les enquêtes de l'Insee pour des raisons d'accessibilité. Les dix communes suivantes sont exclues du champ de l'enquête : Régina, Iracoubo, Maripasoula, Papaïchton, Grand-Santi, Sainte Elie, Ouanary, Camopi, Saul et Awala-Yalimapo. Pour les quatre autres DROM et la métropole, la couverture est exhaustive. Dans les Antilles, Saint-Barthélemy et Saint-Martin ne font pas partie du champ de l'enquête.

Redressements : Une pondération a été calculée en estimant un modèle explicatif du comportement de non-réponse totale puis en réalisant un calage sur marges. Ces travaux ont été menés par la DREES pour le volet métropole et par l'Insee pour les DROM. La non-réponse partielle aux questions a été imputée par la méthode hotdeck en prenant pour les variables relatives à la santé un donneur au sein du même territoire (métropole ou chacun des cinq DROM) et du même sexe en triant par tranches d'âges quinquennales, niveau de vie et situation familiale.

Encadré 2 • Éléments de contexte sur la métropole et les cinq DROM : démographie, situation économique, offre de soins et couverture maladie

En métropole, l'espérance de vie à la naissance des femmes en 2019 est 85,7 ans et celle des hommes est 79,8 ans (Insee, État-civil). Elle est ainsi plus élevée que dans les DROM. Pour les femmes, elle atteint 84,7 ans en Guadeloupe, 84,3 ans en Martinique, 83,8 ans en Guyane et 84,7 ans à La Réunion. Pour les hommes, les niveaux en 2019 sont respectivement 76,4 ans en Guadeloupe, 78,8 ans en Martinique, 76,6 ans en Guyane et 78,5 ans à La Réunion. À Mayotte, l'espérance de vie serait de 77 ans pour les femmes et de 74 ans pour les hommes (Chaussy et al., 2018). La pyramide des âges des DROM est différente de celle de la métropole. La population est vieillissante dans les Antilles qui se classent parmi les régions les plus âgées de France alors qu'elle est plus jeune qu'en métropole à La Réunion, et surtout en Guyane et à Mayotte (tableau E2.1). À Mayotte d'après le recensement de la population de 2017, 50 % de la population a moins de 18 ans, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (52 % versus 48 %).

Tableau E2.1 • Répartition de la population par tranches d'âges

	0-19 ans	20-39 ans	40-59 ans	60-74 ans	75 ans ou plus	Taille de la population
Guadeloupe	25 %	19 %	29 %	18 %	9 %	381 294
Martinique	22 %	18 %	30 %	19 %	10 %	363 484
Guyane	42 %	28 %	21 %	7 %	2 %	283 539
La Réunion	30 %	24 %	28 %	13 %	5 %	857 961
Mayotte	54 %	27 %	15 %	3 %	1 %	269 471
Métropole	24 %	24 %	26 %	17 %	10 %	64 821 954

Lecture > L'Insee estime la population de la Guadeloupe à 381 294 personnes pour l'année 2019 dont 25 % ont entre 0 et 19 ans.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > Insee, Estimations de population pour l'année 2019.

Du point de vue économique, les DROM se caractérisent par un niveau de vie plus faible que celui de la métropole, notamment en Guyane et surtout à Mayotte. En Martinique, le niveau de vie médian est inférieur de 20 % à celui de la métropole, en Guadeloupe, il est inférieur de 23 %, à La Réunion de 33 %, en Guyane de 50 % et de 83 % à Mayotte. En Guyane et à Mayotte, les inégalités de niveaux de vie sont particulièrement importantes. À Mayotte, une partie de la population vit sans aucun revenu stable. Le taux de pauvreté en utilisant le seuil national est de 77 % à Mayotte, 53 % en Guyane, 42 % à La Réunion, 34 % en Guadeloupe, 33 % en Martinique et 14 % en métropole (Audoux, 2020).

En ce qui concerne plus spécifiquement la santé, la situation est hétérogène entre les territoires en matière de démographie médicale. Au 1^{er} janvier 2018, la densité médicale, tous médecins confondus, est plus faible dans chacun des DROM qu'en métropole (tableau E2.2). Les situations de la Guyane avec 218 médecins pour 100 000 habitants et plus spécifiquement de Mayotte avec 80 médecins pour 100 000 habitants se distinguent par une très faible démographie médicale comparativement à la métropole (340 médecins pour 100 000 habitants en moyenne). La Réunion a une situation très proche de celle de la métropole (325 médecins pour 100 000 habitants) et les Antilles sont dans une position intermédiaire (289 et 291 médecins pour 100 000 habitants en Guadeloupe et en Martinique).

Tableau E2.2 • Démographie médicale au 1^{er} janvier 2018

	Effectifs		Densité pour 100 000 habitants				
	Ensemble des médecins	Ensemble des médecins	dont généralistes	dont spécialistes	Chirurgiens-dentistes	Infirmiers diplômés d'État	Pharmaciens
Guadeloupe	1 138	289	147	143	46	1 070	98
Martinique	1 091	291	141	150	53	1 156	90
Guyane	597	218	131	87	29	670	54
La Réunion	2 796	325	165	160	58	879	89
Mayotte	199	80	48	32	6	315	29
Métropole	220 398	340	153	187	64	1 053	111

Lecture > Au 1^{er} janvier 2018, il y a 1 138 médecins en exercice en Guadeloupe, cela correspond à une densité de 289 médecins pour 100 000 habitants.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES, ASIP-Santé RPPS, traitements DREES ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018.

En matière de capacité d'accueil en hospitalisation, la Martinique est le DROM qui se rapproche le plus de la métropole en nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO) pour 100 000 habitants avec 12 % de lits en moins en 2018 (Les établissements de santé, 2020). L'écart avec la métropole est -15 % en Guyane, -17 % en Guadeloupe, -21 % à La Réunion et -56 % à Mayotte. En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète aux Antilles est proche de celui de la métropole. La Réunion et la Guyane ont des taux d'équipement plus faibles tandis qu'il est quasi-nul à Mayotte (tableau E2.3). Le taux d'équipement en hospitalisation partielle en psychiatrie est nettement plus faible dans les DROM qu'en métropole sauf en Guadeloupe. En soins de suite et de réadaptation (SSR), les écarts sont marqués entre la métropole (160 lits en hospitalisation complète pour 100 000 habitants en 2018), la Guadeloupe (158) et la Martinique (143) d'une part et la Guyane (50), La Réunion (93) et Mayotte (0) d'autre part. Le taux d'équipement en hospitalisation partielle en SSR est en revanche plus élevé à La Réunion, en Guadeloupe et en Guyane qu'en métropole. En Martinique, il est beaucoup plus faible et à Mayotte, il est quasiment inexistant. Les chiffres donnés dans ce paragraphe pour la Guadeloupe incluent Saint Martin et Saint Barthélemy.

Tableau E2.3 • Nombre de lits et places pour 100 000 habitants au 31 décembre 2018

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Lits	MCO	254	270	260	241	135	307
	Psychiatrie	68	81	37	50	4	84
	SSR	158	143	50	93	0	160
	SLD	38	36	10	11	0	47
Places	MCO	43	39	30	35	19	50
	Psychiatrie	46	24	17	25	0	45
	SSR	36	16	26	55	0	21

Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée. Les chiffres pour la Guadeloupe incluent Saint Martin et Saint Barthélemy. Le nombre de places correspond aux capacités d'accueil en hospitalisation partielle.

Lecture > Au 31 décembre 2018, il y a 254 lits pour 100 000 habitants en MCO en Guadeloupe et 43 places pour 100 000 habitants.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2018.

La couverture maladie de la population est inégalement répandue au sein des territoires. À Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère (Chaussy et al., 2019). En Guyane, c'est le cas d'un tiers de la population en 2015 (Cratère, 2019). Cette population est moins bien couverte par l'Assurance maladie. Dans l'enquête santé européenne 2019, 63 % des Mahorais de 18 ans ou plus déclare être affilié à l'Assurance maladie, c'est le cas de 91 % des Guyanais de 18 ans ou plus. L'aide médicale d'état peut en Guyane apporter une couverture à une partie de la population étrangère. À Mayotte, une partie des étrangers peut accéder à l'Assurance maladie sous conditions, notamment celle d'avoir un titre de séjour (Balicchi et al., 2019). D'après les données du fond CMU, en 2018, 27 % des Guadeloupéens bénéficiaient de la CMU-C (ayants-droit inclus), 21 % des Martiniquais, 35 % des Guyanais, 36 % des Réunionnais contre 8 % des métropolitains. Cet écart entre les DROM et la métropole s'explique notamment par le niveau de vie plus bas dans les DROM qui rend l'éligibilité au dispositif plus fréquente. À Mayotte, l'aide médicale d'État et la CMU-C n'existent pas. D'après l'enquête santé européenne 2019, parmi les personnes âgées de 18 ans ou plus, 96 % déclare avoir une complémentaire santé (CMU-C incluse) en métropole, 91 % en Guadeloupe, 93 % en Martinique, 80 % en Guyane, 97 % à La Réunion et 12 % à Mayotte. Le niveau observé à Mayotte est très cohérent avec celui issu de l'enquête Migrations, Famille et Vieillesse conduite en 2015-2016 à Mayotte par l'Ined (10 % des 18-79 ans, Balicchi et al., 2019). Au-delà des niveaux de couverture, la qualité de ces couvertures dans l'étendue de la prise en charge et le niveau des remboursements peuvent différer.

Encadré 3 • Méthode d'analyse

Dans cette publication, les niveaux des indicateurs sont calculés par territoire et les écarts sont commentés si les intervalles au niveau de confiance de 95 % ne se recoupent pas. La variance est calculée en tenant compte de l'effet de grappe induit par les interrogations de deux personnes dans certains ménages des DROM.

Étant donné que l'état de santé est très lié à l'âge et que les structures par âge entre territoires sont très différentes, certaines comparaisons ont été menées après standardisation des indicateurs sur l'âge. Dans ce cas, des indicateurs standardisés sur la structure par âge de la métropole ont été calculés dans les DROM. Un découpage par tranches d'âges décennales entre 15 ans et 74 ans a été réalisé pour réaliser la standardisation puis la catégorie « 75 ans ou plus » a été considérée.

Des régressions ont été menées pour séparer les effets de l'âge, du sexe et du niveau de vie. La méthode utilisée est une régression linéaire estimée par les moindres carrés pondérés. Cette méthode a été préférée à une régression « logit » car les niveaux des indicateurs pouvaient être très différents selon les territoires si bien qu'il semblait plus pertinent d'avoir une interprétation additive des coefficients plutôt qu'une analyse multiplicative par différence par rapport à une situation de référence. La méthode d'estimation corrige de l'hétéroscédasticité du modèle. Des clusters sur l'identifiant du ménage ont été introduits pour le calcul de la variance afin de tenir compte de l'effet de grappe dans les DROM. L'annexe 1 présente les résultats du premier modèle estimé dans cette publication avec une modélisation « logit ». Ceux-ci sont présentés sous une forme qui peut être comparée au modèle à probabilité linéaire figurant dans le tableau 1 de cette publication. Les significativités et les niveaux de coefficients sont très proches.

L'ensemble de ces calculs a été mené avec le package **survey** du logiciel **R**.

La variable d'âge a été découpée en quatre tranches : 15-29 ans, 30-54 ans, 55-74 ans et 75 ans ou plus. Il a été décidé de maintenir une tranche très âgée (75 ans ou plus) dans tous les territoires même si les effectifs dans cette tranche sont très faibles à Mayotte (53 personnes dans l'échantillon) et en Guyane (90 personnes) car cette population semblait montrer des spécificités particulières dans ces territoires. Les intervalles de confiance ont été pris en compte dans les comparaisons. Étant donnée la faiblesse des effectifs, les résultats doivent cependant être interprétés avec prudence. Les niveaux des coefficients entre territoires sont considérés comme différents si les intervalles de confiance des coefficients au niveau de confiance de 95 % ne se recoupent pas.

En ce qui concerne le niveau de vie, celui-ci est calculé comme le ratio du revenu disponible sur le nombre d'unités de consommation du ménage. Il est issu des sources fiscales millésime 2017 présentes dans la base de sondage en métropole alors que le revenu utilisé est un revenu déclaré dans l'enquête pour l'année 2019 dans les DROM, l'enrichissement fiscal n'ayant pas été pour le moment mené. Ce dernier ne sera de toutes façons pas fait à Mayotte faute de qualité suffisante des bases fiscales. L'analyse s'intéresse à l'échelle locale des niveaux de vie. Le découpage a été fait en tranches assez larges, en quartiles de niveau de vie, pour éviter trop d'erreurs de positionnement. Il est calculé au sein de chaque territoire (métropole et DROM) et les analyses comparent alors principalement les quartiles locaux entre eux donc à source identique (fiscales pour la métropole et déclarée pour les DROM). L'analyse ne prend pas en compte les différences de niveaux des prix entre les territoires parce que les comparaisons de niveau de vie se font principalement au sein de chaque territoire. Que ce soit en métropole ou dans les DROM, les niveaux de vie manquants ont été imputés. La répartition finale des niveaux de vie a été comparée à celle de l'enquête Budget de famille 2017 de l'Insee de laquelle est issue le calcul par l'Insee des taux de pauvreté en métropole et dans les cinq DROM. Dans l'enquête Budget de famille le taux de pauvreté est calculé à partir de l'appariement de l'enquête avec les données fiscales en métropole et dans les quatre DROM historiques et du revenu déclaré dans l'enquête pour Mayotte (Audoux, 2020). La répartition du niveau de vie dans l'enquête santé européenne 2019 est la plus proche de celle de Budget de famille 2017 lorsque la source est la même (fiscale en métropole et déclarative à Mayotte). Pour les quatre DROM historiques, il est constaté, comme attendu, une sous-estimation dans les données déclaratives de revenu dans l'enquête santé européenne par rapport à la source fiscale de Budget de famille, conduisant à des écarts de niveaux de vie. Les niveaux demeurent proches (tableau E3).

Dans l'ensemble de cette publication, les réponses obtenues via un proche de la personne échantillonnée (proxy) ont été conservées pour le calcul des indicateurs de santé sauf dans la partie santé mentale (PHQ9 et échelle Cantril). Ce n'est pas l'approche privilégiée par Eurostat qui conseille d'enlever les proxys pour le calcul des indicateurs sauf ceux relatifs aux limitations fonctionnelles et au tabac. Ce choix a été opéré dans cette publication car la pondération de cette enquête a été calculée en considérant les proxys comme répondants. En métropole, la part de proxys parmi les répondants est 2,0 %, en Guadeloupe, c'est 2,9 %, en Martinique 7,4 %, en Guyane, 3,0 %, à La Réunion, 2,0 % et à Mayotte, c'est 2,5 %. Pour le moment, il n'a pas été calculé de pondération en considérant les proxys comme non-répondants.

Tableau E3 • Déciles de niveau de vie : comparaison EHS 2019 et Budget de famille 2017

		2 ^e décile	Médiane	8 ^e décile
Guadeloupe	EHIS 2019	650	1133	2000
	Budget de famille 2017	800	1310	2260
Martinique	EHIS 2019	700	1220	2100
	Budget de famille 2017	800	1360	2320
Guyane	EHIS 2019	455	924	1957
	Budget de Famille 2017	510	920	2050
La Réunion	EHIS 2019	620	1039	2000
	Budget de famille 2017	760	1160	2030
Mayotte	EHIS 2019	48	265	1000
	Budget de famille 2017	30	260	1090
Métropole	EHIS 2019	1199	1766	2529
	Budget de famille 2017	1130	1700	2440

Note > Dans l'enquête Budget de famille 2017, le revenu fiscal est utilisé sauf pour Mayotte où c'est le revenu déclaratif. Dans EHS 2019, le revenu fiscal est utilisé en métropole et le revenu déclaré dans l'enquête dans les cinq DROM. Pour le calcul de ces seuils de déciles en métropole, les 25 valeurs négatives de revenu fiscal ont été retirées.

Lecture > En Guadeloupe, le 2^e décile de revenu gagne moins de 650 euros d'après EHS 2019 et moins de 800 euros d'après Budget de famille, 2017.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES ; Insee, Budget de famille, 2017. Traitements Insee.

SANTÉ PERÇUE

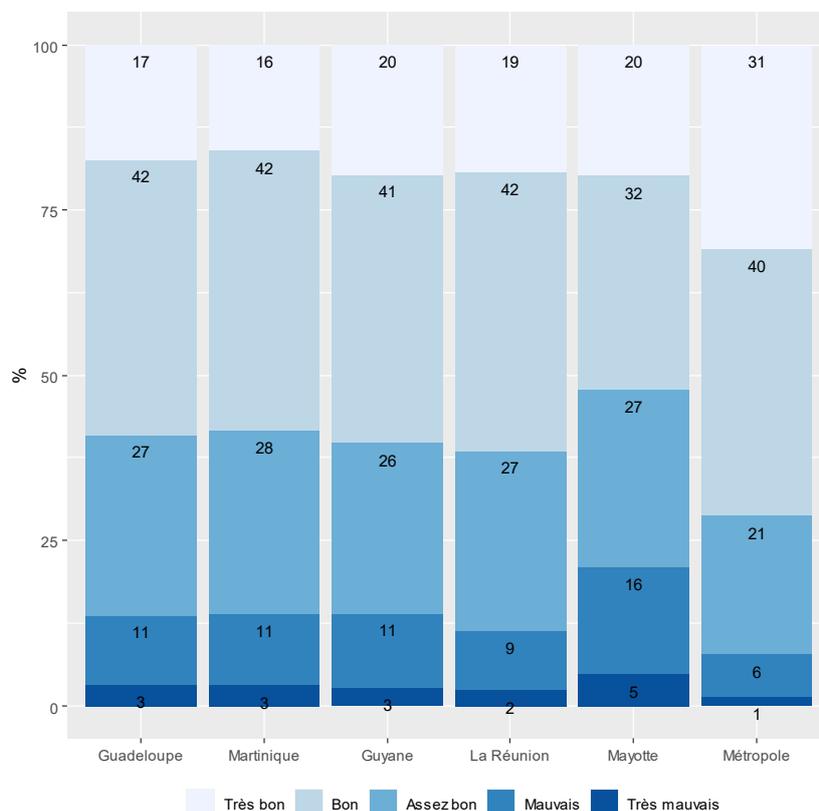
Une santé perçue plus dégradée dans les DROM qu'en métropole particulièrement parmi les femmes et les plus âgés

La première des trois questions du mini-module européen⁷ sur la santé permet de connaître l'état de santé général perçue des enquêtés. Ils sont amenés à se positionner entre un état de santé général « très bon », « bon », « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais ».

En 2019, en métropole, 71 % de la population de 15 ans ou plus se déclare en « très bon » ou « bon » état de santé. C'est une part plus importante de la population que dans les DROM, sauf en Guyane où, avec 68 % de la population, le niveau n'est pas différent. En effet, se déclare en « très bon » ou « bon » état de santé, 58 % de la population en Guadeloupe, 55 % en Martinique, 65 % à La Réunion et 66 % à Mayotte (annexe 1).

En calant la structure par âge des DROM sur celle de la métropole (encadré 3), les écarts se creusent entre la métropole et les territoires ultramarins plus jeunes. Ce n'est alors plus que 61 % de la population à La Réunion qui se déclare en « très bon » ou « bon » état de santé, 60⁸ % en Guyane et 52 % à Mayotte (graphique 1).

Graphique 1 • Répartition de la population en fonction de la caractérisation de l'état de santé général perçue standardisé sur la structure par âge de la population vivant en métropole



Lecture > Lorsque la structure par âge de la population de la Guadeloupe est calée sur celle de la métropole, 17 % des Guadeloupéens se déclarent en très bonne santé, 42 % en bonne santé, 27 % en assez bonne santé, 11 % en mauvaise santé et 3 % en très mauvaise santé.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

⁷ Le mini-module européen sur la santé est un ensemble de trois questions sur la santé perçue générale, la présence de maladies chroniques et les limitations d'activité qui font partie des « core social variables » du règlement IESS (Integrated european social statistics) et se retrouvent ainsi dans tous les questionnaires des enquêtes européennes pilotées par Eurostat (Labor force survey, Statistics on income and living conditions, ...).

⁸ Le chiffre n'est pas exactement la somme des deux chiffres du graphique 1 du fait des arrondis.

En miroir, une fois standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole, la part de la population se déclarant en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé est plus élevée dans les DROM qu'en métropole. Si 8 % de la population en métropole âgées de 15 ans ou plus se déclare en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, une fois standardisé, c'est le cas de 14 % de la population en Guadeloupe, en Martinique et Guyane, de 11 % à La Réunion et de 21 % à Mayotte. Cela rend compte d'un état de santé perçu bien plus dégradé à Mayotte qu'en métropole et dans les autres DROM. Le niveau sans standardisation est déjà significativement plus élevé à Mayotte (11 %) qu'en métropole, alors que le territoire est beaucoup plus jeune (annexe 1).

Une régression permet d'isoler l'effet de l'âge, du sexe et de la position dans l'échelle locale des niveaux de vie sur la probabilité de se déclarer en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé (tableau 1). En Martinique et à Mayotte, les femmes se déclarent plus fréquemment en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, une fois contrôlé l'âge et le quartile local de niveau de vie. La moins bonne santé perçue des femmes est un résultat classiquement mis en avant dans la littérature en métropole (Fourcade et al., 2013) et dans les DROM (Dubost, 2017, Balicchi et al., 2019). Dans une modélisation d'un état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » à partir des données de l'enquête santé européenne 2019, ce résultat se retrouve en métropole et dans tous les DROM (annexe 1).

Tableau 1 • Modélisation du fait de se percevoir en mauvais ou très mauvais état de santé en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	12,6 ***	7,9 ***	13,0 ***	8,0 ***	13,0 ***	10,1 ***
15-29	-7,6 ***	-7,4 ***	-9,0 ***	-4,9 ***	-7,1 ***	-4,7 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	8,9 ***	12,0 ***	12,0 ***	13,3 ***	19,8 ***	6,8 ***
75 +	41,4 ***	34,3 ***	39,7 ***	27,8 ***	49,1 ***	14,1 ***
Femmes	0,8	5,0 ***	1,3	-0,5	3,2 **	-0,1
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	0,4	2,9	-2,5	-0,8	-2,1	-3,0 ***
Q3	-8,1 ***	-1,6	-6,3 **	-1,2	-4,5 **	-7,1 ***
Q4	-11,3 ***	-10,5 ***	-12,2 ***	-6,5 ***	-9,6 ***	-8,9 ***
R2	17,4	14,4	13,1	9,9	11,4	5,7

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 12,6 % de se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé. Avoir entre 15 et 29 ans baisse de 7,6 points la probabilité de se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 17,4 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Dans les DROM comme en métropole, appartenir au dernier quartile de niveau de vie réduit la probabilité de se déclarer en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé. Si la probabilité moyenne de se déclarer en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé oscille entre 7,9 % et 13,0 % pour la situation de référence, un homme entre 30 et 54 ans appartenant au premier quartile de revenu, sans que les écarts ne soient significatifs entre territoires⁹, elle baisse de 6,5 à 12,2 points du fait d'appartenir au dernier quartile local de niveau de vie, à nouveau sans que les écarts entre territoires ne soient significatifs.

Outre une santé en moyenne plus fréquemment déclarée « mauvaise » ou « très mauvaise » par les femmes que par les hommes dans certains DROM, l'analyse met en avant un poids de l'âge sur la santé bien plus fort dans les DROM qu'en métropole. Avoir entre 55 et 74 ans augmente la probabilité de se percevoir en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé

⁹ Ce résultat peut paraître étonnant comme les niveaux de vie correspondant au premier quartile local de niveaux de vie peuvent très différents selon les territoires. On s'attendrait à un niveau moins élevé dans les territoires les plus pauvres. Cela tend à appuyer l'hypothèse d'une perception de son état de santé relative aux personnes côtoyées ou en tout cas à son territoire proche. Une autre explication pourrait être que la perception de l'état de santé finit par ne plus se dégrader en bas de la distribution des niveaux de vie à partir d'un seuil qui serait au moins égal au niveau du premier quartile de niveau de vie en métropole.

de 6,8 points en moyenne par rapport à avoir entre 30 et 54 ans en métropole. Cette augmentation se retrouve dans tous les DROM. Elle est significativement plus forte en Martinique, à La Réunion et à Mayotte qu'en métropole. En effet, elle atteint 12,0 points en Martinique, 13,3 points à La Réunion et 19,8 points à Mayotte. Cet effet est encore plus fort pour les plus âgés. L'augmentation de la probabilité moyenne de se percevoir en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé pour une personne âgée de 75 ans ou plus par rapport à une autre d'un âge entre 30 et 54 ans est de 14,1 points en métropole, de 41,4 points en Guadeloupe, de 34,3 points en Martinique, de 39,7 points en Guyane, de 27,8 points à La Réunion et de 49,1 points à Mayotte. Quel que soit le DROM, l'écart est significatif par rapport à la métropole.

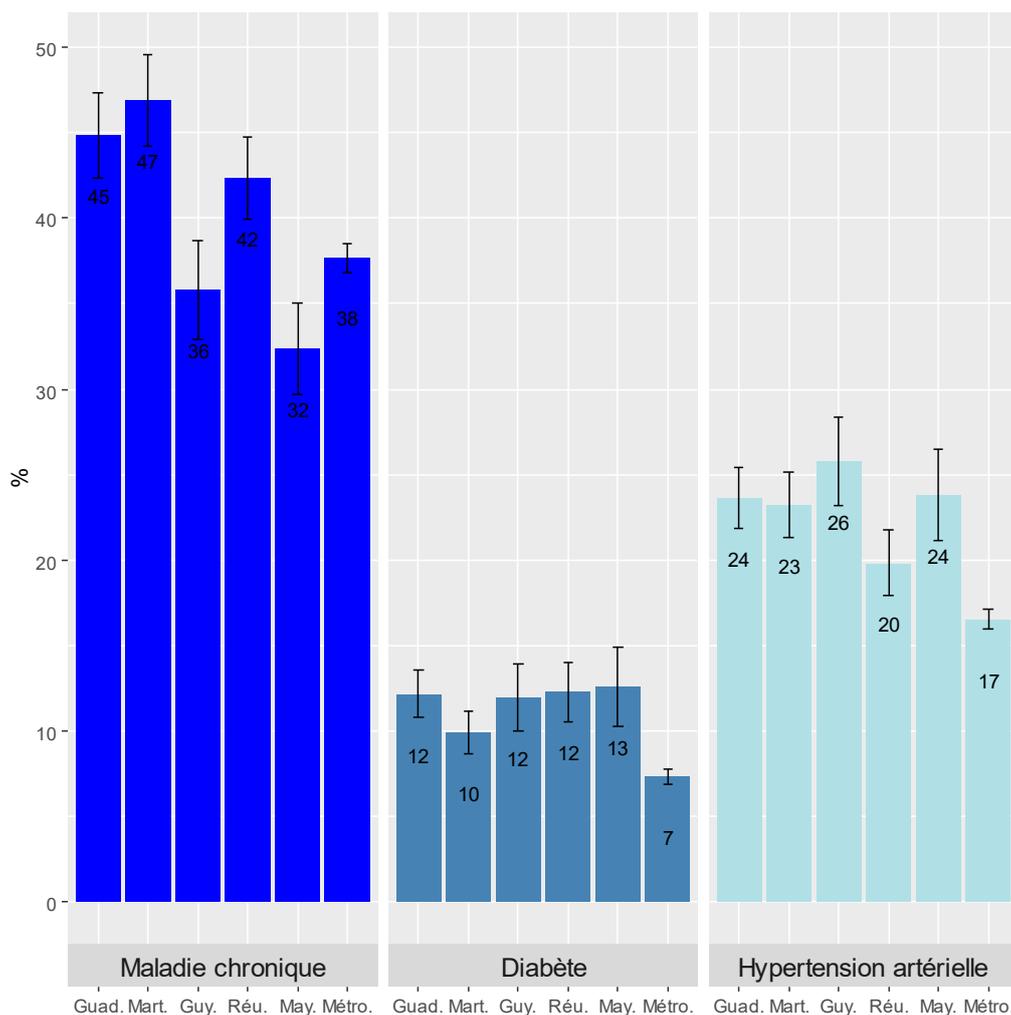
Une question de l'enquête portait plus spécifiquement sur la santé perçue bucco-dentaire. En métropole, 13 % de la population déclare une santé perçue des dents et des gencives « mauvaise » ou « très mauvaise ». Le niveau n'est pas différent dans les DROM (annexe 2). En revanche, une fois standardisé sur la structure par âge de la métropole, le niveau est plus élevé à Mayotte (19 %). Les constats sur la santé perçue bucco-dentaire sont proches selon le sexe, l'âge et la position sur l'échelle de niveau de vie (annexe 2).

En métropole, 10 % de la population dit avoir souffert de douleurs « fortes » ou « très fortes » au cours des quatre dernières semaines. Le taux est plus élevé en Guadeloupe (16 %) et en Martinique (18 %) qu'en métropole. Une fois standardisé sur la structure par âge de la métropole, le taux est également plus élevé en Guyane (14 %), à La Réunion (13 %) et à Mayotte (16 %) qu'en métropole (10 %). La modélisation de la probabilité de déclarer des douleurs « fortes » ou « très fortes » (annexe 3) renforce le constat d'une santé perçue plus dégradée parmi les personnes âgées dans les DROM qu'en métropole. Les femmes déclarent également plus fréquemment que les hommes ressentir des douleurs « fortes » ou « très fortes », sauf à Mayotte et à La Réunion où l'écart n'est pas significatif. Leurs deux situations semblent être un peu atypiques par rapport aux autres territoires avec une fréquence du fait d'avoir eu des douleurs « fortes » ou « très fortes » assez homogène quels que soit le sexe et le niveau de vie sur le territoire. Seul le dernier quartile de niveau de vie déclare moins fréquemment des douleurs « fortes » ou « très fortes » dans ces deux DROM.

Le diabète et l'hypertension artérielle plus fréquemment déclarés dans les DROM à structure par âge de la population comparable

La deuxième question du mini-module européen sur la santé porte sur le fait d'avoir une maladie chronique. En métropole, 38 % de la population de 15 ans ou plus déclare avoir une maladie chronique. C'est le même niveau qu'à La Réunion (39 %), moins que dans les Antilles (respectivement 46 % en Guadeloupe et 49 % en Martinique) et plus qu'en Guyane (28 %) et qu'à Mayotte (20 %). Une fois standardisés sur la structure par âge de la métropole, le taux de Guyane n'est pas différent de celui de la métropole et celui de Mayotte se rapproche (graphique 2). Ces chiffres sont à prendre avec précaution. D'une part, pour assurer une bonne comparabilité il faut que le terme de « maladie chronique » soit compris de la même manière au sein des populations. Même s'il était explicité en consigne enquêteurs (« une maladie chronique est une maladie qui a duré ou peut durer pendant 6 mois au moins »), cette notion peut être comprise différemment selon les milieux sociaux, l'âge et les explicitations données ou non par les enquêteurs. D'autre part, déclarer une maladie nécessite d'en avoir connaissance et il est certain que les niveaux de recours aux soins permettant le dépistage de maladies chroniques sont hétérogènes selon les milieux sociaux et les territoires. Aussi, un examen médical permet bien évidemment d'avoir des données plus fiables sur ce sujet. Nonobstant ces limites, les données de l'enquête santé européenne 2019 permettent de retrouver le résultat épidémiologique connu d'une plus forte prévalence, standardisée sur l'âge, de diabète et d'hypertension artérielle dans les DROM qu'en métropole en lien avec un taux d'obésité plus important dans les DROM qu'en métropole (partie Corpulence). L'obésité et la surcharge pondérale constituent en effet des facteurs de risque pour le diabète de type 2 qui représente 90 % des cas de diabète. D'après l'enquête Maydia menée à Mayotte par l'Institut de veille sanitaire en 2008 (Solet, Baroux, 2008) auprès d'environ 1 300 personnes, un diabétique sur deux ignore sa maladie quel que soit l'âge. À La Réunion, l'enquête RÉDIA de l'Inserm au début des années 2 000 auprès d'environ 4 600 personnes concluait qu'un Réunionnais sur trois qui avait un diabète l'ignorait (REDIA, 2001). Les niveaux sont donc sans doute plus élevés que ceux recueillis de façon déclarative dans l'enquête. La plus forte fréquence de l'asthme à La Réunion (Solet, 2018) ressort également dans les données de l'enquête santé européenne 2019 avec 10 % de la population de 15 ans ou plus qui le déclare à La Réunion contre 8 % en métropole. L'écart est significatif au seuil de 5 %.

Graphique 2 • Part de la population déclarant une maladie chronique, du diabète, de l'hypertension artérielle standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture : Lorsque la structure par âge de la population de la Guadeloupe est calée sur celle de la métropole, 45 % des Guadeloupéens déclarent avoir une maladie chronique, 12 % du diabète et 24 % de l'hypertension artérielle.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Plus de personnes handicapées dans les DROM qu'en métropole parmi les 75 ans ou plus

La troisième question du mini-module européen sur la santé porte sur les limitations d'activités. Sa formulation est : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ». Cette question permet de renseigner le GALI : Global Activity Limitations Indicator.

L'enquête santé européenne permet de décrire les personnes handicapées repérées dans l'enquête comme celles ayant répondu être « fortement limitées » au GALI (encadré 4).

Encadré 4 • L'approche du handicap et de la dépendance dans l'enquête santé européenne

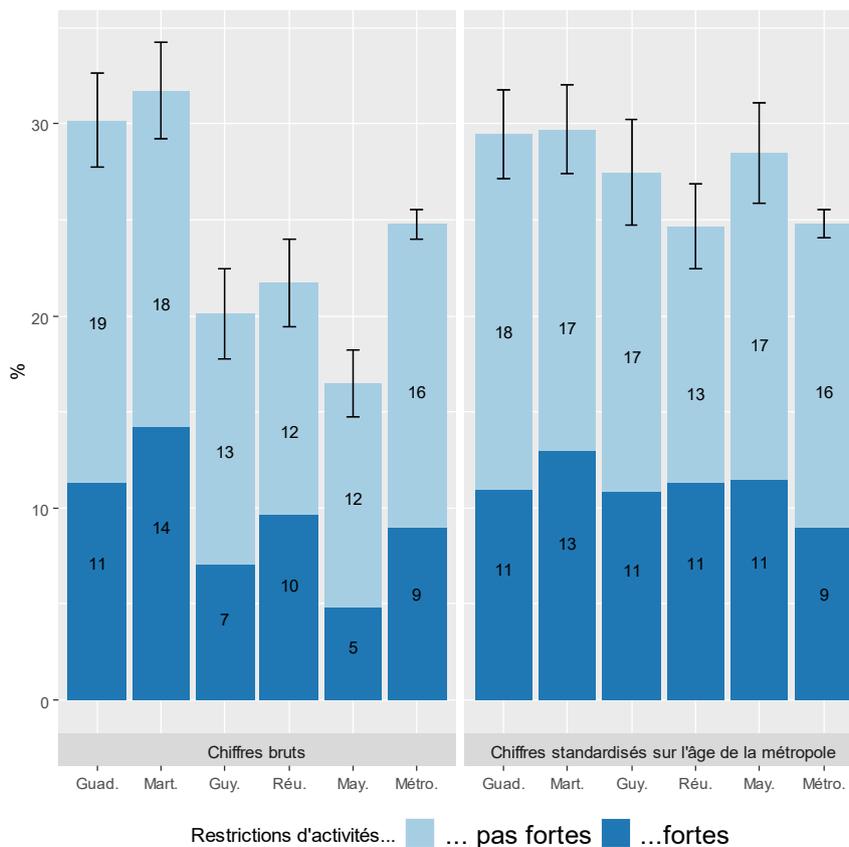
L'étude de Dauphin et Eideliman (2021) arrive à la conclusion que la part de personnes « fortement limitées » au sens du GALI constitue une mesure valable de la population handicapée. D'après les Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (Enquête SRCV, appelée SILC au niveau européen) qui fait référence sur cette thématique car elle est notamment utilisée pour calculer l'espérance de vie sans incapacité (Deroyon, 2020), 25 % des personnes âgées de 16 ans ou plus résidant en métropole ont des restrictions d'activité, 9 % sont handicapées en 2019. Sur le même champ, les niveaux sont les mêmes dans l'enquête santé européenne 2019. Parmi les 65 ans ou plus résidant en métropole, d'après SRCV, 46 % de la population a des restrictions d'activité et 19 % est handicapée. Dans l'enquête santé européenne 2019, les niveaux sont respectivement 43 % et 18 %.

Des questions permettent d'indiquer la présence de limitations fonctionnelles dans l'enquête santé européenne. Ces questions s'entendent y-compris équipements pour les difficultés visuelles, d'audition et de mastication si les personnes en utilisent. Concernant les difficultés visuelles par exemple, est demandé si la personne a des lunettes (ou des lentilles) et le cas échéant, si elle a des difficultés à voir avec ses lunettes (ou ses lentilles). Du point de vue sensoriel, il est également demandé à l'enquêté s'il a du mal à entendre avec équipement éventuel (appareil auditif) dans une pièce silencieuse ou dans une pièce avec du bruit. Du point de vue moteur, il lui est demandé s'il a des difficultés pour marcher 500 mètres et dans une question séparée pour monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier. Concernant la santé bucco-dentaire, il lui est demandé s'il a des difficultés pour croquer dans des aliments durs (y-compris avec dentier s'il en utilise un). D'un point de vue neurologique, une question porte sur les difficultés pour se souvenir de quelque chose ou se concentrer. La personne est dite avoir des « difficultés sévères » pour la question considérée si elle répond avoir « beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout ». Elle est dite avoir des « difficultés modérées » si elle déclare rencontrer « quelques difficultés ».

Le sujet de la dépendance pour les personnes âgées de 55 ans ou plus est également abordé dans l'enquête sous l'angle des restrictions dans les activités essentielles de la vie quotidienne (activities of daily life – ADL : manger ; se coucher, s'asseoir ou se relever ; s'habiller ou se déshabiller ; aller aux toilettes : prendre une douche ou un bain) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (instrumental activities of daily life – IADL : préparer à manger ; utiliser le téléphone ; faire ses courses ; prendre seul des médicaments ; faire des tâches ménagères légères ; faire des tâches ménagères lourdes ; faire des démarches administratives).

En métropole, d'après les réponses au GALI, 25 % de la population de 15 ans ou plus déclare des restrictions d'activité (graphique 3). C'est plus qu'en Guyane (20 %) et à Mayotte (16 %), un niveau pas différent de celui de La Réunion (22 %), mais moins que dans les Antilles (30 % en Guadeloupe, 32 % en Martinique). Le handicap concerne une part similaire de la population en métropole (9 % des 15 ans ou plus), en Guyane (7 %), et à La Réunion (10 %). En revanche, il est plus fréquent aux Antilles (11 % des 15 ans ou plus en Guadeloupe et 14 % en Martinique) qu'en métropole et moins fréquent à Mayotte (5 %) que dans l'ensemble des autres territoires sauf en Guyane. Ces résultats sont liés à la structure par âge des populations de ces territoires. Une fois la structure par âge des DROM calée sur celle de la métropole, la part de la population avec des restrictions d'activité est plus élevée à Mayotte (28 %) qu'en métropole. C'est également toujours le cas pour la population des Antilles. La part de la population handicapée est alors supérieure dans tous les DROM sauf en Guyane et à Mayotte où l'écart avec la métropole n'est pas significatif. Dans les DROM, une fois standardisé, ce sont alors 11 % des 15 ans ou plus qui sont handicapés sauf en Martinique où le niveau atteint 13 %.

Graphique 3 • Fréquence brute des restrictions d'activités et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole



Note > L'intervalle de confiance présent sur le graphique porte sur le fait de connaître des limitations (fortes ou pas fortes).
Lecture > Lorsque la structure par âge de la population de la Guadeloupe est calée sur celle de la métropole, 18 % des Guadeloupéens ont des restrictions d'activités pas fortes et 11 % des restrictions d'activités fortes. Au total, 29 % se déclarent limités.
Champ > Métropole et cinq DROM.
Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

La modélisation de la probabilité de déclarer des restrictions d'activités (fortes ou non) en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie (annexe 4) permet de retrouver le résultat selon lequel les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes des restrictions d'activité en métropole (L'état de santé de la population en France – Rapport 2017). Ce résultat s'observe également à Mayotte. En Martinique, en Guyane et à La Réunion, il est aux limites de la significativité au seuil de 10 %. En Guadeloupe également, l'écart n'est pas significatif. Les restrictions d'activités fortes, le handicap, sont aussi fréquentes parmi les hommes que parmi les femmes une fois contrôlé l'âge et la position sur l'échelle locale de niveau de vie (tableau 2). Comme pour la santé perçue, l'effet de l'âge sur le handicap est généralement plus fort dans les DROM qu'en métropole. L'augmentation de la fréquence du handicap à 75 ans ou plus par rapport à 30-54 ans est significativement plus forte dans les DROM comparativement à la métropole sauf en Guyane et à La Réunion. Ce résultat reste valable pour les restrictions d'activités dans leur ensemble (fortes et pas fortes) sauf en Guyane. Ainsi, pour les 75 ans ou plus, la prévalence du handicap est significativement plus élevée dans tous les DROM (41 % en Guadeloupe, 40 % en Martinique, 40 % à La Réunion, 49 % à Mayotte) qu'en métropole (26 %) sauf en Guyane (33 %) où l'écart, bien qu'élevé, n'est pas significatif. L'effet protecteur de l'augmentation du niveau de vie sur la fréquence du handicap ne se retrouve pas à La Réunion et à Mayotte. Pour la situation de référence, un homme de 30 à 54 ans dans le premier quartile local de revenu, la fréquence du handicap est plus faible à Mayotte qu'en métropole pourtant le premier quartile local correspond à un niveau de vie plus faible qu'en métropole. Ces différences observées dans ces deux DROM peuvent peut-être tenir à la manière dont la référence aux activités « que les gens font habituellement » est comprise, dans un contexte économique, social et sanitaire très différent de celui de la métropole.

Tableau 2 • Modélisation de la fréquence du handicap en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	11,0 ***	14,5 ***	7,8 ***	5,4 ***	4,0 ***	11,2 ***
15-29	-4,3 ***	-6,9 ***	-5,2 ***	-4,2 ***	-2,7 ***	-4,2 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	7,3 ***	8,9 ***	11,4 ***	7,7 ***	7,9 ***	6,5 ***
75 +	34,6 ***	31,1 ***	28,0 ***	32,7 ***	44,5 ***	19,9 ***
Femmes	-1,6	-1,2	-0,1	0,6	1,0	-0,2
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-0,9	-4,5 *	0,2	2,5	0,7	-4,1 ***
Q3	-5,8 ***	-4,6 *	-3,1	2,1	-0,1	-6,8 ***
Q4	-9,0 ***	-12,0 ***	-6,0 **	-1,0	-1,2	-9,6 ***
R2	13,3	11,4	8,7	9,3	9,7	6,9

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 11,0 % de déclarer des restrictions d'activités fortes. Avoir 75 ans ou plus augmente de 34,6 points la probabilité de déclarer des restrictions d'activités fortes par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 13,3 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Des difficultés motrices sévères bien plus fréquentes dans les DROM qu'en métropole à partir de 55 ans, particulièrement à Mayotte

En métropole, 2 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent avoir des difficultés sévères de vue, 17 % déclarent des difficultés modérées de vue, y-compris avec équipement (lunettes, lentilles) si elles en possèdent. Une fois la structure par âge de chacun des DROM calée sur celle de la métropole, la part de la population des DROM qui a des difficultés sévères de vue est significativement plus élevée dans chacun des DROM (respectivement, 4 % en Guadeloupe, 6 % en Martinique, 8 % en Guyane, 4 % à La Réunion et 9 % à Mayotte). Les difficultés modérées de vue sont également plus fréquentes en Martinique (25 %), en Guyane (22 %) et à Mayotte (28 %). Même sans standardiser sur la structure par âge de la métropole, la fréquence des difficultés de vue est plus importante à Mayotte qu'en métropole (5 % de la population de 15 ans ou plus avec des difficultés sévères et 21 % avec des difficultés modérées). C'est également le cas en Guyane pour les difficultés sévères de vue (6 %). Ces difficultés de vue, plus fréquentes dans les DROM, peuvent être mises en relation avec un plus faible taux d'équipement dans les DROM par rapport à la métropole. Ainsi, si 70 % de la population de 15 ans ou plus a des lunettes ou des lentilles en métropole, une fois le taux standardisé sur la structure par âge de la métropole, c'est le cas de 67 % de la population des Antilles, de 59 % de la population en Guyane, de 58 % de la population à La Réunion et de seulement 23 % de la population à Mayotte. L'écart entre la métropole et la Martinique n'est pas significatif. En annexe 4 sont également présentés les taux d'équipement pour les moins de 55 ans et les 55 ans ou plus séparément. Il est possible que la réforme du 100 % Santé en application depuis le 1^{er} janvier 2020 conduise à une réduction de ces écarts sauf à Mayotte où le taux de couverture par une complémentaire santé est très faible.

Concernant l'audition, ce sont 6 % des personnes âgées de 15 ans ou plus qui déclarent avoir des difficultés sévères pour entendre dans une pièce où il y a du bruit et 23 % avoir des difficultés modérées, y-compris avec leur équipement (appareil auditif) si elles en possèdent un. Dans les DROM, la fréquence n'est pas différente pour la Martinique et La Réunion pour les difficultés sévères. Elle est un peu plus faible à Mayotte (3 % déclarent des difficultés sévères) mais cet écart disparaît une fois la standardisation faite. La Guadeloupe et la Guyane se caractérisent par une plus faible fréquence des difficultés d'audition sévères ou modérées. Cet écart, notable car à la faveur des DROM, peut s'expliquer par un environnement en moyenne moins bruyant qu'en métropole.

En métropole, 5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent avoir des difficultés sévères pour croquer des aliments durs, 9 % des difficultés modérées, y-compris avec leur équipement (dentier) si elles en possèdent un. La situation n'est pas différente dans les DROM sauf principalement à Mayotte où une fois la fréquence standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole, 11 % des 15 ans ou plus déclarent des difficultés sévères et 15 % des difficultés modérées.

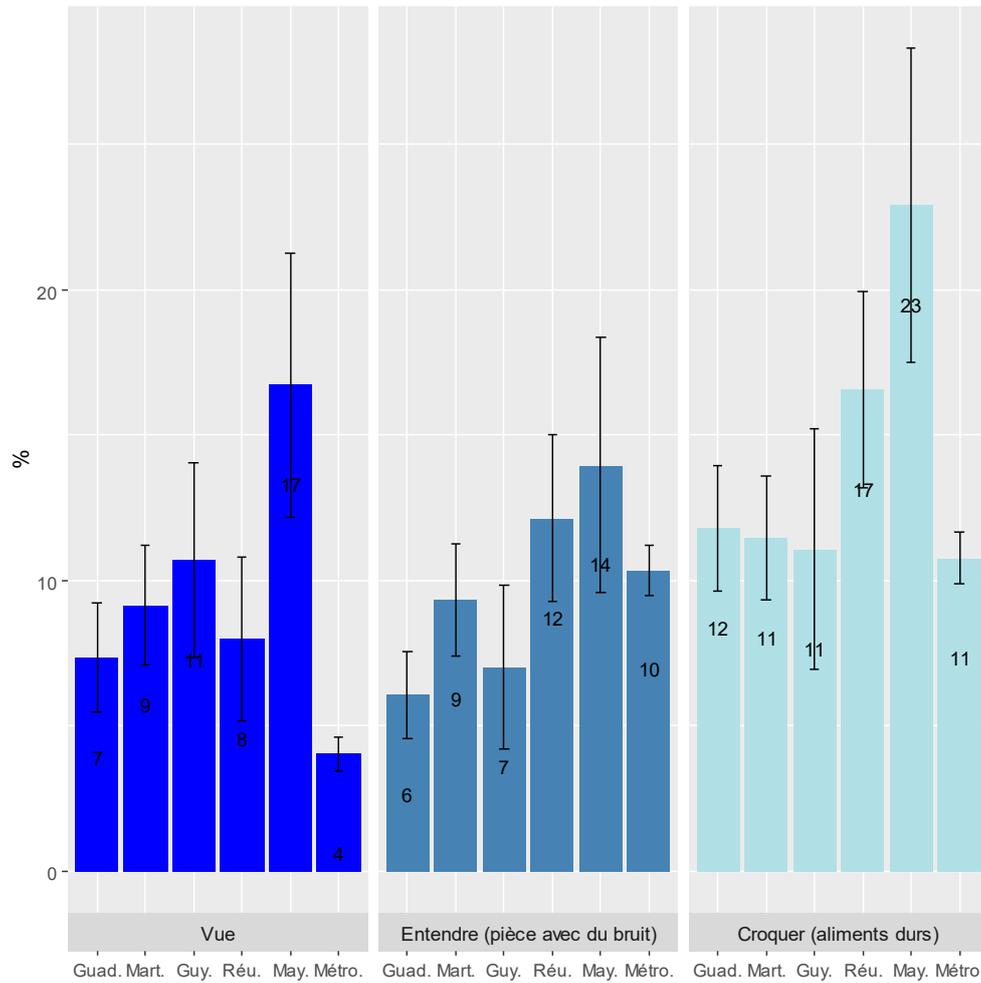
Encore plus que pour les difficultés sensorielles, les difficultés motrices sont bien plus fréquentes dans les DROM qu'en métropole. Alors que 4 % de la population de 15 ans ou plus en métropole a des difficultés sévères pour marcher 500 mètres, c'est le cas de 9 % de la population en Guadeloupe et en Martinique, de 10 % de la population en Guyane et à La Réunion et de 17 % de la population mahoraise, une fois la structure par âge de la population calées sur celle de la métropole. La population des DROM a également plus fréquemment des difficultés modérées. À Mayotte, l'écart avec la métropole est significatif même sans standardiser sur l'âge de la métropole puisque 6 % de la population de 15 ans ou plus déclare des difficultés sévères. Le constat est le même pour les difficultés à monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier. Par exemple, les difficultés sévères concernent 5 % de la population en métropole contre 10 % de la population des Antilles, de Guyane et de La Réunion et 18 % de la population mahoraise, après standardisation sur l'âge. Ces difficultés motrices, plus fréquentes dans les DROM et beaucoup plus fréquentes à Mayotte, peuvent être mises en lien avec le taux d'obésité plus élevé dans ces territoires qu'en métropole, notamment aux âges élevés et parmi les femmes (partie Corpulence).

Enfin, des écarts s'observent également quant aux difficultés sévères pour se souvenir ou se concentrer une fois la fréquence standardisée sur la structure par âge de la métropole. Alors que 3 % de la population de 15 ans ou plus déclare des difficultés sévères en métropole, c'est le cas de 4 % de la population en Guadeloupe, 5 % de la population en Martinique et à La Réunion, 6 % de la population en Guyane et 8 % de la population à Mayotte. Les écarts avec la métropole sont significatifs au seuil de 5 %. À nouveau, l'écart entre la métropole et Mayotte est particulièrement élevé.

Les écarts décrits précédemment entre la métropole et les DROM se retrouvent amplifiés sur la population des 55 ans ou plus. La situation de Mayotte ressort à nouveau particulièrement sur cette tranche d'âge avec une fréquence des problèmes de vue sévères de 14 % contre 4 % en métropole et surtout des difficultés motrices très souvent déclarées (annexe 4). Concernant les difficultés de vision, les écarts entre la métropole et la Martinique ainsi que la Guyane peuvent tenir à ces âges à une plus faible fréquence à l'opération de la cataracte dans ces départements. Même si le taux de recours à cette opération n'est pas différent parmi les 55 ans ou plus entre la métropole et les quatre DROM historiques sauf la Guadeloupe, l'opération couvre moins souvent les deux yeux en Martinique et en Guyane. Le taux de recours parmi les 55 ans ou plus est 21 % en métropole, 27 % en Guadeloupe, 25 % en Martinique, 18 % en Guyane et 22 % à La Réunion. En Martinique et en Guyane, l'opération couvre plus rarement les deux yeux que dans le reste des territoires : 56 % des personnes opérées le sont des deux yeux en Guyane, 58 % en Martinique contre 79 % en métropole, 76 % en Guadeloupe et 72 % à La Réunion. Ces questions n'ont pas été posées à Mayotte mais il est fort probable que le recours soit plus faible (de Peretti, 2018). La fréquence des difficultés sévères pour marcher ou pour utiliser les escaliers est de 20 points supérieure parmi les Mahorais de 55 ans ou plus que parmi les Métropolitains, pour atteindre près d'un tiers de la population de cette tranche d'âges. En standardisant la tranche d'âges des 55 ans ou plus sur la structure par âge de cette tranche en métropole, les écarts se creusent très fortement à Mayotte (graphiques 4 et 5). C'est alors 17 % des 55 ans ou plus qui ont des difficultés sévères de vue à Mayotte, 14 % des difficultés sévères pour entendre, 23 % qui ont des difficultés sévères pour croquer des aliments durs, 39 % et 41 % qui des difficultés sévères pour marcher 500 mètres et utiliser les escaliers, 16 % qui ont des difficultés sévères pour se souvenir ou se concentrer.

Il est possible qu'une partie de ces écarts entre la métropole et les DROM tienne au fait que les personnes dépendantes seraient plus fréquemment au domicile qu'en EHPAD dans les DROM. En effet, il y a moins de places d'hébergements en EHPAD relativement à la population des 75 ans ou plus dans les DROM qu'en métropole (L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, 2020). À l'extrême, il n'y a pas d'EHPAD à Mayotte. Or, l'enquête santé européenne donne une photographie des personnes à domicile car elle ne couvre pas les personnes vivant en institution.

Graphique 4 • Fréquence des limitations sévères relatives à la vue, l'audition et la mastication parmi la population âgée de 55 ans ou plus standardisé sur la structure par âge de la population de 55 ans ou plus vivant en métropole



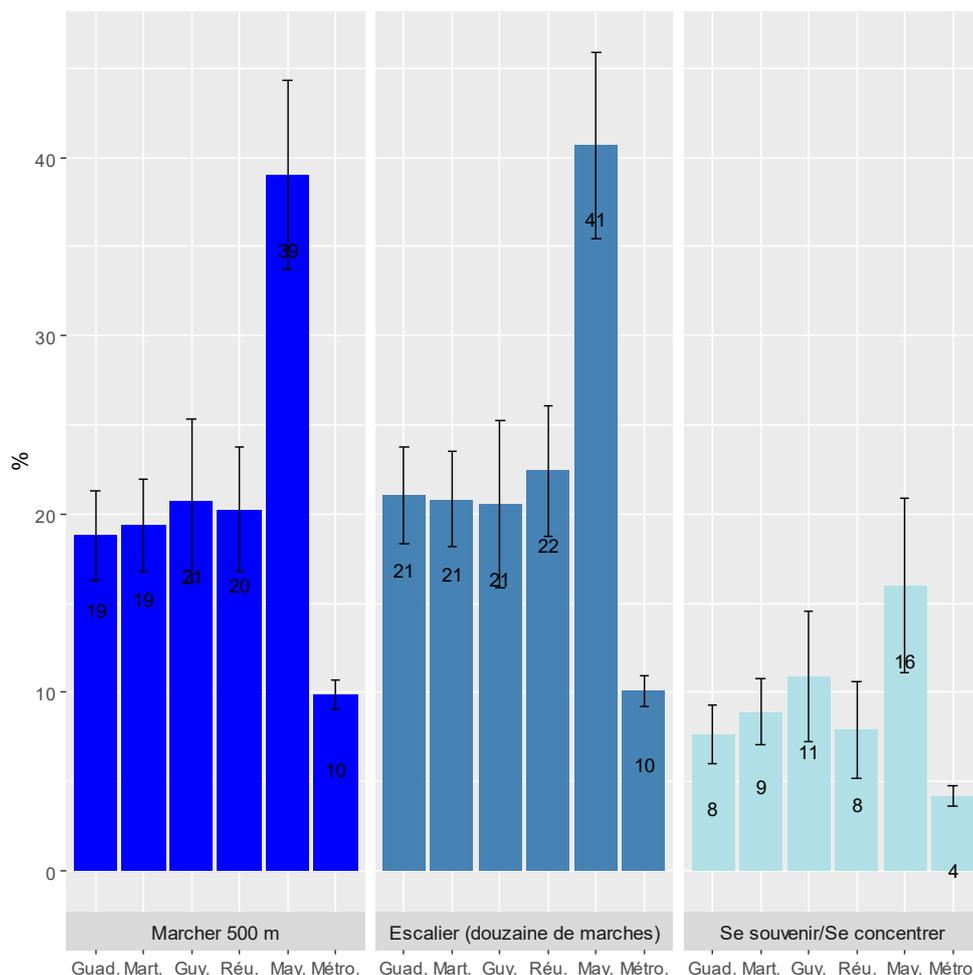
Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > Lorsque la structure par âge de la population de la Guadeloupe est calée sur celle de la métropole, 7 % des Guadeloupéens de 55 ans ou plus déclarent des limitations sévères relatives à la vue, 6 % des difficultés sévères pour entendre ce qui se dit dans une pièce où il y a du bruit et 12 % des difficultés sévères pour croquer des aliments durs.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique 5 • Fréquence des limitations sévères relatives à la marche, au fait de monter ou descendre une douzaine de marches et au fait de se souvenir ou de se concentrer parmi la population âgée de 55 ans ou plus standardisé sur la structure par âge de la population de 55 ans ou plus vivant en métropole



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > Lorsque la structure par âge de la population de la Guadeloupe est calée sur celle de la métropole, 19 % des Guadeloupéens de 55 ans ou plus déclarent des limitations sévères pour marcher 500 mètres, 21 % pour monter ou descendre une douzaine de marches et 8 % pour se souvenir ou se concentrer.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

L'enquête aborde la question de la dépendance des personnes âgées de 55 ans ou plus sous l'angle des difficultés dans la réalisation des activités essentielles de la vie quotidienne (ADL) et des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (encadré 4). Ces questions complémentaires n'ont pas été posées à Mayotte. Les résultats standardisés sur la structure par âge de la tranche des 55 ans ou plus de la métropole sont présentés en annexe 4. La standardisation accentue les écarts et en rend beaucoup de significatifs en Guyane par rapport à la métropole puisque la population y est plus jeune, notamment pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les taux présentés ci-dessous sont ainsi tous standardisés. Les Antilles se caractérisent par des écarts par rapport à la métropole plus fréquemment significatifs au seuil de 5 % dans les activités essentielles de la vie quotidienne (annexe 4). Les écarts entre les DROM et la métropole sont les plus importants pour les restrictions sévères d'activités. Ils sont significatifs pour l'activité « se coucher, s'asseoir ou se relever » puisque 5 % des 55 ans ou plus en Guadeloupe ont des difficultés sévères, 7 % en Martinique, 6 % en Guyane et 6 % à La Réunion contre 2 % en métropole. De même, 4 % des 55 ans ou plus ont des difficultés sévères pour aller aux toilettes en Guadeloupe, Guyane et à La Réunion, 5 % en Martinique contre 1 % en métropole. Les écarts sont significatifs au seuil de 5 % sauf en Guyane. En ce qui concerne les activités instrumentales de la vie quotidienne, une fois standardisés, les écarts pour les restrictions sévères d'activités sont toujours significatifs au seuil de 5 % entre chaque DROM et la métropole, quelle que soit l'activité (annexe 4). Les écarts les plus forts concernent l'activité « faire des démarches administratives », puis les activités « faire des tâches ménagères lourdes », « des tâches ménagères légères » et « des courses ». Les écarts sont un peu plus faibles pour les activités « faire à manger », « utiliser le téléphone » et « prendre seul ses médicaments ».

L'état de santé dégradé des plus âgés et la forte fréquence des restrictions d'activités dans les DROM s'accompagnent d'une espérance de vie plus faible dans les DROM qu'en métropole (encadré 2). En 2019, à 60 ans, l'espérance de vie¹⁰ (Insee, État civil, 2019) est légèrement plus faible pour les femmes aux Antilles et en Guyane (27,7 ans contre 27,8 ans en métropole). L'écart est plus important à La Réunion (27,1 ans). Pour les hommes, le niveau est le même en Guadeloupe et en métropole (23,4 ans). Il est plus élevé en Martinique (23,8 ans) et plus faible en Guyane et à La Réunion (22,3 ans et 23,0 ans). Les écarts d'espérance de vie sans incapacité, qui s'établit à partir des données sur l'espérance de vie et de celles sur la fréquence des restrictions d'activité, seraient donc plus élevés¹¹.

¹⁰ Les données d'espérance de vie à 60 ans ne sont pas disponibles pour Mayotte.

¹¹ Un travail est en cours à l'Insee pour mener ces calculs dans les DROM.

■ SANTÉ MENTALE

Une prévalence de symptômes dépressifs plus forte en Guyane et à Mayotte qu'en métropole parmi les jeunes adultes

L'indicateur de santé mentale présent dans l'enquête santé européenne 2019 est le Patient Health Questionnaire (PHQ9¹²). Il permet d'évaluer la présence de symptômes dépressifs à partir d'un « algorithme » ou d'un « score ». Dans cette publication, ce sont les résultats de l'algorithme qui sont mis en avant (encadré 5) mais les tendances commentées restent les mêmes avec le score.

Encadré 5 • PHQ9 : « algorithme » versus « score »

Le PHQ9 interroge sur la fréquence au cours des quinze derniers jours de neuf symptômes de la dépression. Les deux premiers symptômes sont généraux : le peu de plaisir à faire les choses et la tristesse. Les autres symptômes sont plus spécifiques : les difficultés de sommeil, la fatigue, le dérèglement de l'appétit (avoir peu d'appétit ou manger trop), la mauvaise opinion envers soi-même, les difficultés de concentration, le dérèglement de la motricité (bouger ou parler lentement ou être agité). La neuvième question s'intéresse à la pensée de la mort et à l'envie de se faire mal. La mise en avant de la généralité des deux premiers symptômes conduit à utiliser l'approche de l'algorithme qui considère une personne comme ayant des symptômes dépressifs si elle ressent « plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours » au moins deux des symptômes dont au moins un des deux premiers. La neuvième question est comptabilisée dès que la fréquence est « plusieurs jours », « plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours ». Les symptômes sont dits « majeurs » si la personne ressent « plus de la moitié des jours » ou « presque tous les jours » au moins cinq des symptômes dont au moins un des deux premiers.

L'approche par score met au même niveau l'ensemble des symptômes. Un score est construit à partir des réponses aux neuf questions (Kroenke et al., 2001). Lorsque ce score est supérieur à 9, la personne présente des symptômes dépressifs. Lorsqu'il est supérieur à 14, ceux-ci sont dits « majeurs ».

La littérature sur le sujet ne conclut pas à une meilleure pertinence d'une approche par rapport à l'autre (Haute Autorité de Santé, 2017). Dans cette publication, il a été décidé de privilégier l'approche par algorithme car il a semblé que la compréhension des symptômes plus spécifiques pouvait être plus fréquemment différente selon les territoires, étant données les différences de niveau de vie et de culture. Les écarts de prévalence de symptômes dépressifs selon les méthodes de calcul ne sont significatifs qu'à Mayotte, corroborant l'idée d'une compréhension des questions relatives aux symptômes spécifiques différente dans le contexte très particulier de Mayotte. Par exemple, la partie Corpulence montre un fort taux d'obésité parmi les femmes à Mayotte, il est ainsi possible que la réponse au symptôme relatif au fait d'avoir peu d'appétit ou de manger trop soit différente à Mayotte et dans les autres territoires.

¹² Au niveau européen, l'outil obligatoire est le PHQ8. Dans l'enquête française, la neuvième question du PHQ relative aux pensées sur la mort a été ajoutée dans l'édition 2019 de l'enquête.

Tableau E5 • Fréquence de symptômes dépressifs selon la méthode d'utilisation des réponses au PHQ9

	Score : Fréquence des...		Algorithme : Fréquence des...	
	Symptômes dépressifs...	... majeurs	Symptômes dépressifs...	... majeurs
Guadeloupe	12%	3%	15%	4%
Martinique	15%	5%	17%	6%
Guyane	16%	6%	19%	7%
La Réunion	11%	3%	11%	4%
Mayotte	15%	4%	20%	6%
Métropole	10%	3%	11%	4%

Note > Les chiffres sont en bleu lorsque l'écart issu du mode de calcul est significatif au seuil de 5 %.

Lecture > En utilisant les réponses au PHQ9 sous forme de score, 12 % des Guadeloupéens présentent des symptômes dépressifs dont 3 % des symptômes majeurs. En utilisant les réponses au PHQ9 sous forme d'algorithme, 15 % des Guadeloupéens présentent des symptômes dépressifs dont 4 % des symptômes majeurs.

Champ > Métropole et cinq DROM.

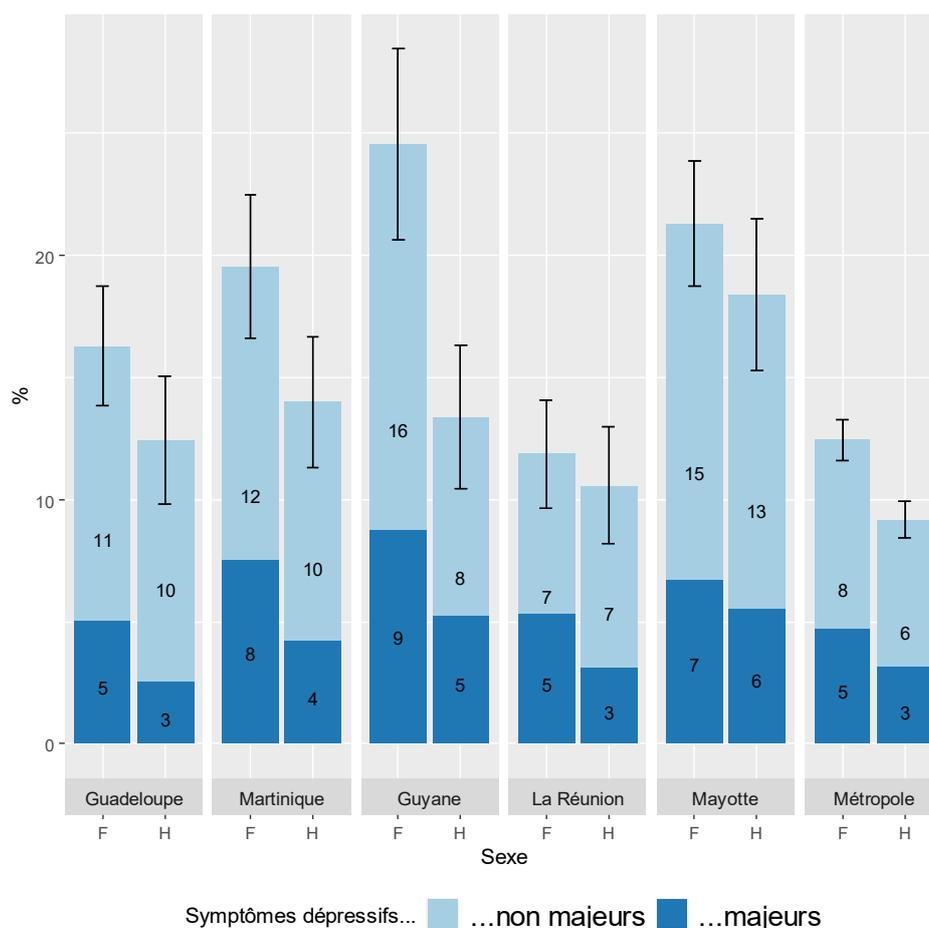
Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Le résultat mis en avant d'une santé mentale dégradée parmi les jeunes en Guyane et à Mayotte se retrouve dans l'approche par score. Quelle que soit la méthode utilisée, les proxys ont été retirés de cette analyse comme de celle consacrée à l'échelle Cantril. Il a été considéré qu'il était vraiment difficile pour un proxy de répondre à ces questions.

En métropole, 11 % de la population de 15 ans ou plus présente des symptômes dépressifs. C'est le même niveau qu'à La Réunion (11 %) mais moins qu'en Guadeloupe (15 %), en Martinique (17 %), en Guyane (19 %) et à Mayotte (20 %). Les symptômes majeurs touchent 4 % de la population en métropole, à La Réunion et en Guadeloupe, 6 % en Martinique et à Mayotte et 7 % en Guyane. La Martinique, la Guyane et Mayotte ont des taux de symptômes dépressifs et de symptômes dépressifs majeurs significativement plus élevés que la métropole.

Le résultat connu selon lequel les femmes en métropole ont en moyenne plus fréquemment des symptômes dépressifs que les hommes (Beck, Guignard, 2012, Pisarik et al., 2017) se retrouve dans les données de l'enquête santé européenne 2019. Il reste valable en Guyane (graphique 6) mais l'écart n'est pas significatif dans les autres DROM. L'écart entre les sexes ne s'observe qu'en métropole pour la prévalence de symptômes majeurs. Si l'on contrôle simultanément l'âge, le sexe et le quartile local de niveau de vie, la plus forte prévalence de symptômes dépressifs parmi les femmes se retrouve dans l'ensemble des territoires sauf à La Réunion et Mayotte où il n'est pas significatif (tableau 2). Dans tous les territoires, un niveau de vie plus élevé a un effet protecteur sur la présence de symptômes dépressifs, confirmant l'association entre pauvreté relative et dégradation de la santé mentale (Andersen et al., 2009 ; Schlax et al., 2019).

Graphique 6 • Prévalence de symptômes dépressifs selon le sexe



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % représenté sur le graphique porte sur le fait d'avoir des symptômes dépressifs (non majeurs ou majeurs).

Lecture > En Guadeloupe, 11 % des femmes présentent des symptômes dépressifs non majeurs, 5 % des symptômes dépressifs majeurs. C'est le cas de respectivement 10 % et 3 % des hommes. L'écart de prévalence de symptômes dépressifs entre les femmes et les hommes n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Les jeunes de 15 à 29 ans présentent plus fréquemment des symptômes dépressifs en Guyane et à Mayotte (22 % et 23 %) qu'en métropole (10 %). L'écart est significatif au seuil de 5 %. Les personnes âgées présentent également plus fréquemment des symptômes dépressifs. C'est un résultat qui est observé toutes choses égales par ailleurs dans l'ensemble des territoires sauf en Guyane et à La Réunion où il n'est pas significatif (tableau 3). À Mayotte, les jeunes de 15 à 29 ans présentent également plus fréquemment des symptômes dépressifs majeurs (8 % versus 3 % en métropole). L'écart est significatif au seuil de 5 %. L'annexe au Plan stratégique régional de Santé (PSRS) à La Réunion et à Mayotte (annexe du PSRS, ARS Océan indien, 2019), dont la santé mentale est un des axes, souligne que la société traditionnelle à Mayotte est l'objet de « changements sociaux fondamentaux : affaiblissement des structures familiales, rupture entre les modes de vie d'une génération à l'autre, urbanisation massive et multiplication des « abris de fortune » » et que les jeunes de moins de 20 ans sont particulièrement exposés à ces mutations sociétales ce qui peut engendrer « des conflits familiaux et ruptures des liens familiaux et sociaux, des violences physiques ou sexuelles sur mineur, des échecs scolaires, des troubles du comportement social et conduites addictives ».

Une fois contrôlés le sexe et la position sur l'échelle de niveau de vie, la moins bonne santé mentale des jeunes en Guyane et à Mayotte ne ressort plus, même si l'effet de +3,5 points à Mayotte est aux limites de la significativité au seuil de 10 %. Cela s'explique sans doute par le fait que les jeunes font face à des difficultés économiques importantes et que santé mentale et niveau de vie sont liés. La même régression appliquée au fait d'avoir des symptômes dépressifs majeurs fait ressortir la situation des jeunes à Mayotte (+2,5 points significatif au seuil de 10 % pour les jeunes âgés entre 15 et 29 ans par rapport à un niveau de référence de 5,4 % pour un homme entre 30 et 54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie).

Tableau 3 • Modélisation de la prévalence de symptômes dépressifs selon l'âge, le sexe et le quartile local de revenu

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	15,5 ***	16,1 ***	19,2 ***	12,8 ***	22,1 ***	13,7 ***
15-29	1,6	-5,6 *	0,6	-2,1	3,5	-0,7
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	3,0	-3,3	1,3	2,1	-3,6	1,4 **
75 +	5,7 *	7,0 *	2,3	5,7	19,8 **	5,4 ***
Femmes	3,1 *	4,8 **	10,2 ***	0,9	2,2	2,8 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-1,2	5,2	-0,2	2,5	-2,4	-4,6 ***
Q3	-6,8 **	-1,5	-6,0	-5,5 **	-5,6 *	-6,9 ***
Q4	-9,5 ***	-4,8 *	-17,0 ***	-6,5 ***	-10,6 ***	-9,0 ***
R2	1,8	2,4	5,1	1,7	1,9	1,6

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 15,5 % de présenter des symptômes dépressifs. Avoir 75 ans ou plus augmente de 5,7 points la probabilité de présenter des symptômes dépressifs par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 10 %. Le R2 de la régression est 1,8 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Une modélisation plus complète a été estimée en introduisant des variables relatives à la situation d'emploi, à la situation familiale, à la consommation quotidienne de tabac, au fait d'être handicapé ou d'avoir des restrictions d'activité et au fait de pratiquer un sport toutes les semaines (annexe 5). L'effet protecteur du niveau de vie sur la présence de symptômes dépressifs se confirme dans tous les territoires sauf en Martinique et la plus grande vulnérabilité des femmes ressort à nouveau en Martinique, en Guyane et en métropole. Dans cette modélisation, l'association positive entre le fait d'avoir 75 ans ou plus et la présence de symptômes dépressifs disparaît devant l'association positive entre handicap et présence de symptômes dépressifs, mettant en évidence que ce n'est pas tant l'avancée dans l'âge que les restrictions d'activité qui sont corrélées positivement à la présence de symptômes dépressifs. La moins bonne santé mentale des jeunes à Mayotte ressort à nouveau. Elle est également mise en évidence en métropole. En Guyane, elle est aux limites de la significativité au seuil de 10 %. Le chômage ou la situation d'inactivité (hors retraite) est associée positivement à la présence de symptômes dépressifs en Guyane et en métropole. Les personnes vivant seules à La Réunion et en métropole et les personnes en famille monoparentales en Guadeloupe et en métropole ont une probabilité plus élevée de présenter des symptômes dépressifs toutes choses égales par ailleurs. Le fait de faire du sport toutes les semaines est associé avec une plus faible probabilité de présenter des symptômes dépressifs en Martinique, en Guyane et en métropole.

Une note de satisfaction relative à la vie plus faible à Mayotte que partout ailleurs

L'enquête santé européenne comportait également l'échelle Cantril. Il s'agit d'une note donnée à la satisfaction relative à sa vie. La question est « sur une échelle de 0 à 10 où, le plus bas, le 0, représente la vie la pire pour vous, et le plus haut, le 10, représente la vie la meilleure possible pour vous, sur quel échelon vous situez-vous en ce moment ? ». D'après Gleizes et Grobon (2019), beaucoup de facteurs peuvent jouer sur la satisfaction relative à la vie (la santé, l'âge, la situation d'emploi pour les actifs, la situation familiale) mais cela dépend peu du type de territoire rural/urbain. La distribution de la population parmi les notes données est très similaire entre la métropole et les quatre DROM historiques mais elle fait ressortir la situation de Mayotte où la note donnée est plus faible au sein de la population que dans les autres territoires (graphique 7). La santé mentale et la note de satisfaction relative à la vie semblent être liées puisque les personnes présentant des symptômes dépressifs ont, en moyenne, donné une note inférieure par rapport à celle des personnes ne présentant pas de symptômes dépressifs (tableau 4). L'écart est significatif au seuil de 5 % dans tous les territoires.

Tableau 4 • Note moyenne donnée à la satisfaction relative à la vie en fonction de la présence de symptômes dépressifs

	Population sans symptômes dépressifs	Population présentant des symptômes dépressifs	Population totale
Guadeloupe	7,1	6,1	6,9
Martinique	7,0	5,8	6,8
Guyane	7,1	6,5	7,0
La Réunion	7,0	5,9	6,9
Mayotte	5,6	4,7	5,4
Métropole	7,1	5,3	6,9

Note > Les chiffres sont en bleu dans les deux premières colonnes. Cela signifie que l'écart entre la note moyenne parmi les personnes ayant des symptômes dépressifs ou n'en ayant pas est significatif au seuil de 5 %. Le chiffre 5,4 est en bleu dans la dernière colonne. Cela signifie que l'écart entre la note moyenne donnée à Mayotte et en métropole est significatif au seuil de 5 %.

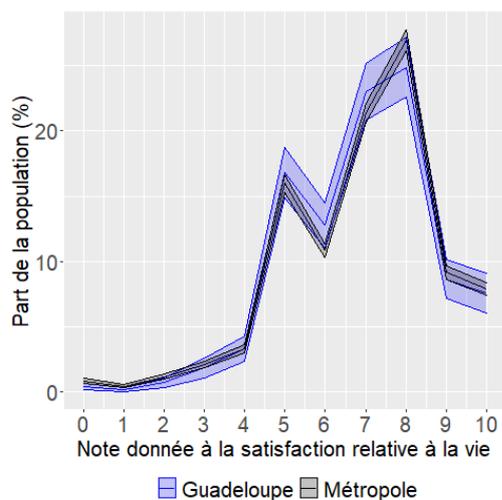
Lecture > En Guadeloupe, la note moyenne donnée par la population ne présentant pas de symptômes dépressifs est 7,1. Parmi les personnes présentant des symptômes dépressifs, la note moyenne est 6,1. L'écart entre les deux moyennes est significatif au seuil de 5 %. À Mayotte, la note moyenne donnée est 5,4 au sein de la population âgée de 15 ans ou plus. Elle est inférieure à la note moyenne donnée dans l'ensemble des autres territoires.

Champ > Métropole et cinq DROM.

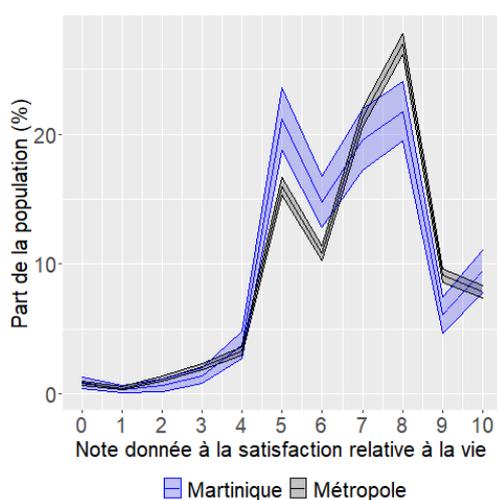
Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique 7 • Répartition la note donnée à la satisfaction relative à la vie au sein de la population

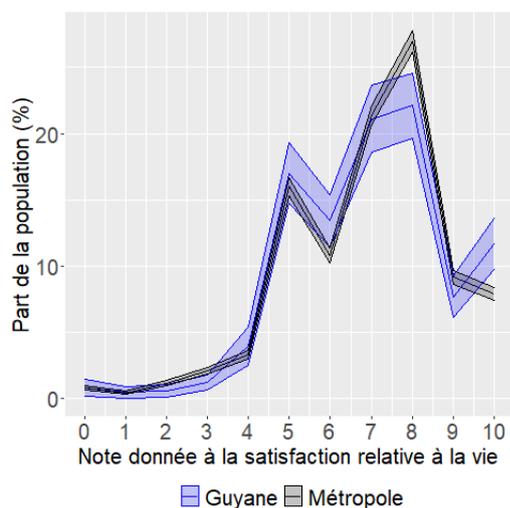
1. Guadeloupe comparé à la métropole



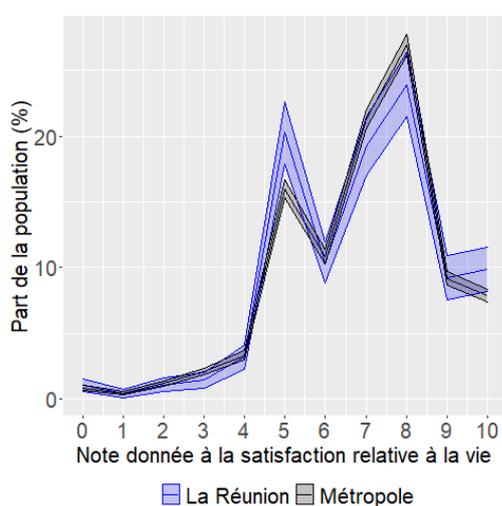
2. Martinique comparé à la métropole



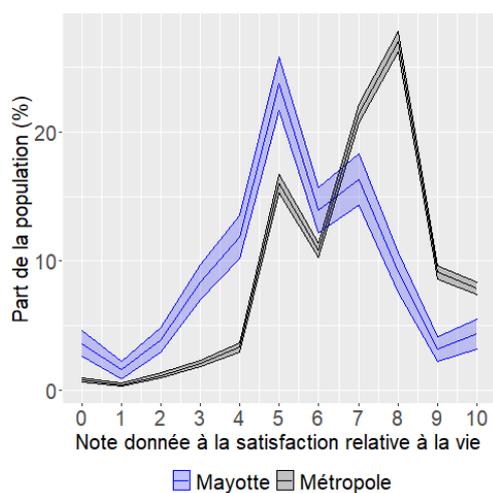
3. Guyane comparé à la métropole



4. La Réunion comparé à la métropole



5. Mayotte comparé à la métropole



Note > La zone colorée correspond à l'intervalle de confiance au seuil de 5 % de la moyenne.

Lecture > En métropole, 3 % de la population âgée de 15 ans ou plus donne une note de 4 sur 10 à sa vie. C'est le même niveau que dans l'ensemble des DROM à l'exception de Mayotte où 12 % de la population donne une note de 4 sur 10 à sa vie.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

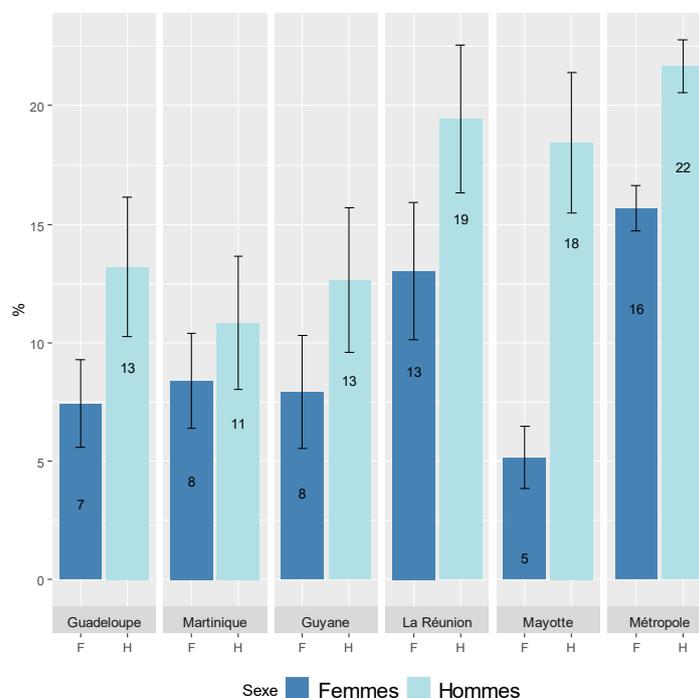
TABAC

Le tabagisme moins fréquent parmi les femmes, surtout à Mayotte

Avec 75 000 décès attribuables au tabac en métropole en 2015 (Bonaldi et al., 2019), le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. L'enquête « Baromètre » de Santé publique France a notamment pour mission de suivre l'évolution de la consommation de tabac tous les ans. Elle a été étendue pour la première fois aux quatre DROM historiques en 2014. Les résultats (Andler et al., 2016) montrent que le tabagisme en 2014 est moins répandu dans les DROM qu'en métropole mais que La Réunion fait figure d'exception avec un comportement qui se rapproche de celui de la métropole. Cette tendance s'observe également dans les données de l'enquête santé européenne 2019, même si les niveaux, notamment de fumeurs quotidiens, ne sont pas comparables entre les deux enquêtes du fait, sans doute, de différences de méthodologie et dans les formulations des questions entre les deux enquêtes (encadré 6).

En 2019, en métropole, 19 % des 15 ans ou plus déclarent fumer tous les jours dans l'enquête santé européenne. La tendance à la baisse observée avec le « Baromètre » de Santé publique France entre 2014 et 2019 (Pasquereau et al., 2020) se retrouve dans les enquêtes santé européennes puisqu'en 2014, 22 % des 15 ans ou plus déclaraient fumer tous les jours. La part de fumeurs quotidiens est plus faible dans tous les DROM (10 % en Guadeloupe, 9 % en Martinique, 10 % en Guyane, 11 % à Mayotte) excepté à La Réunion (16 %) où l'écart n'est pas significatif avec la métropole. Les femmes fument moins fréquemment quotidiennement que les hommes (graphique 8). L'écart est particulièrement important à Mayotte. Alors qu'il y a 6 points d'écart entre la fréquence du tabagisme quotidien des femmes et des hommes en métropole, les femmes sont 5 % à fumer tous les jours à Mayotte contre 18 % des hommes, un niveau pas significativement différent de celui des hommes vivant en métropole ou à La Réunion. Une fois contrôlé l'âge et la position dans l'échelle des niveaux de vie locaux, le fait d'être une femme réduit la probabilité de fumer tous les jours dans tous les DROM sauf en Martinique où l'effet n'est pas significatif (tableau 5). L'effet à la baisse d'être une femme sur la probabilité de fumer tous les jours est significativement plus fort à Mayotte que dans tous les autres territoires sauf à La Réunion où le niveau n'est pas différent de celui de Mayotte. Les femmes sont également plus nombreuses à déclarer n'avoir jamais fumé. Cela concerne 55 % des femmes en métropole contre 39 % des hommes, 80 % des femmes en Guadeloupe contre 57 % des hommes, 75 % des femmes en Martinique contre 54 % des hommes, 79 % des femmes en Guyane contre 62 % des hommes, 64 % des femmes à La Réunion contre 43 % des hommes, 89 % des femmes à Mayotte contre 60 % des hommes. Les chiffres tous sexes confondus figurent en annexe 6.

Graphique 8 • Part de fumeurs quotidiens selon le sexe



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 7 % des femmes de 15 ans ou plus déclarent fumer tous les jours. C'est significativement moins que les hommes qui sont 13 % à le déclarer.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Dans tous les territoires, les personnes âgées de 75 ans ou plus fument moins que les 30-54 ans. L'effet est également significatif pour les 55-74 ans partout sauf à Mayotte et en Guyane. Les 15-29 ans fument également en général moins que les 30-54 ans. Mayotte se distingue par un effet de l'âge moins marqué que dans les autres territoires. En métropole, appartenir au troisième ou quatrième quartile de niveau de vie réduit la probabilité de fumer tous les jours. Cet effet protecteur du niveau de vie sur le tabagisme quotidien s'observe également en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion mais de façon moins graduelle qu'en métropole. Par exemple, appartenir au quatrième quartile de niveau de vie par rapport au premier quartile ne réduit pas la probabilité de fumer tous les jours en Guadeloupe et en Martinique. À Mayotte et en Guyane, l'augmentation du niveau de vie peut être corrélée avec une augmentation de la fréquence du tabagisme quotidien. Le coût du paquet de cigarettes peut expliquer ce résultat dans ces territoires plus défavorisés économiquement que les autres.

Tableau 5 • Modélisation du fait de fumer tous les jours en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	21,9 ***	16,2 ***	15,1 ***	27,7 ***	17,9 ***	30,6 ***
15-29	-9,2 ***	-2,5	-8,3 ***	-5,7 *	-1,8	-5,6 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-6,4 ***	-4,4 **	-4,1	-9,0 ***	0,2	-9,9 ***
75 +	-8,6 ***	-7,1 ***	-12,3 ***	-18,5 ***	-11,6 ***	-21,3 ***
Femmes	-6,6 ***	-2,5	-4,7 **	-6,4 ***	-13,4 ***	-5,6 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-5,1 *	-4,1	0,4	-3,6	3,9 *	-0,8
Q3	-5,6 **	-6,3 ***	0,8	-3,2	0,5	-4,4 ***
Q4	-3,9	0,3	4,9 *	-7,2 **	1,9	-6,5 ***
R2	3,0	1,8	3,0	3,2	4,9	4,0

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 21,9 % de fumer tous les jours. Avoir 75 ans ou plus baisse de 8,6 points la probabilité de fumer tous les jours par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 3,0 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

En métropole, les fumeurs quotidiens de cigarettes fument en moyenne 12,4 cigarettes par jour (annexe 6). C'est un peu plus que dans les DROM (10,3 en Guadeloupe, 9,3 en Martinique, 12,1 en Guyane, 11,4 à La Réunion, 12,0 à Mayotte) mais seuls les écarts avec les Antilles sont significatifs. Parmi les fumeurs quotidiens, la part de fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour n'est pas différente dans les DROM comparativement à la métropole, sauf en Martinique où elle est plus faible. En effet, 16 % des Guadeloupéens fumeurs quotidiens fument 20 cigarettes ou plus par jour, 11 % des Martiniquais, 26 % des Guyanais, 21 % des Réunionnais, 24 % des Mahorais et 23 % des métropolitains fumeurs quotidiens.

En métropole, 31 % des 15 ans ou plus (39 % des hommes, 24 % des femmes) qui ne fument pas tous les jours sont des anciens fumeurs quotidiens durant un an au moins. C'est plus que dans tous les DROM. Cela concerne en effet 12 % des Guadeloupéens (17 % des hommes, 8 % des femmes), 15 % des Martiniquais (23 % des hommes, 9 % des femmes), 8 % des Guyanais (12 % des hommes, 5 % des femmes), 21 % des Réunionnais (30 % des hommes, 15 % des femmes) et 6 % des Mahorais (12 % des hommes, 2 % des femmes). Les écarts entre les femmes et les hommes sont significatifs dans l'ensemble des territoires.

Peu de personnes fument la cigarette électronique (annexe 6). En métropole, 3 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument la cigarette électronique tous les jours. Cela concerne 1 % des Guadeloupéens, des Martiniquais et des Mahorais, 2 % des Guyanais et des Réunionnais. L'écart avec la métropole est toujours significatif. Quel que soit le territoire 3 % de la population vapote occasionnellement sauf en Martinique où c'est 2 % de la population. L'écart entre les DROM et la métropole est également significatif concernant la part de la population qui n'a jamais fumé la cigarette électronique sauf à La Réunion. Cela concerne 84 % des 15 ans ou plus en métropole, 91 % aux Antilles, 88 % en Guyane, 87 % à La Réunion, 92 % à Mayotte.

L'exposition quotidienne au tabagisme passif particulièrement fréquente à La Réunion

Le tabagisme passif serait responsable de 1 100 morts par an (Hill, 2011). D'après Quatremère et al. (2020), 16 % des actifs occupés de 18 à 64 ans déclarent en métropole en 2017 avoir été exposés à la fumée des autres à l'intérieur des locaux de travail au moins une fois au cours des 30 derniers jours. C'est parmi les ouvriers que le phénomène est le plus fréquent. L'exposition arriverait également dans les locaux d'études et dans les lieux de sociabilité. En 2014, d'après Pasquereau et al. (2017), « parmi les 15-75 ans qui ont fréquenté ces lieux au cours des 30 derniers jours, 9 % ont déclaré avoir été exposés à la fumée de tabac au moins une fois au restaurant, 30 % dans les cafés, bars, pubs, et 40 % dans les discothèques » malgré la législation interdisant de fumer dans les lieux publics. D'après l'enquête santé européenne, ce phénomène pourrait être accru dans certains DROM.

En effet, en 2019, 13 % des métropolitains âgés de 15 ans ou plus déclarent être exposés tous les jours à la fumée des autres en intérieur. C'est le même niveau que dans les Antilles (12 %) mais moins qu'en Guyane et à Mayotte (17 %) ainsi qu'à La Réunion (22 %). En métropole, 8 % déclarent être exposés au moins une heure par jour. C'est le même niveau que dans les Antilles (7 %) et en Guyane (9 %) mais moins qu'à La Réunion (14 %) ou à Mayotte (10 %). Ces résultats peuvent paraître étonnants là où les fumeurs sont moins nombreux et les conditions climatiques pourraient faciliter le fait de fumer en extérieur pendant une plus longue partie de l'année dans les DROM par rapport à la métropole. Ils tiennent en partie au fait que le tabagisme passif est plus fréquemment déclaré par les moins de 55 ans qui sont relativement plus nombreux en Guyane, à La Réunion et à Mayotte. En standardisant les taux sur la structure par âge de la population vivant en métropole, seule la fréquence à La Réunion reste significativement plus élevée (21 % contre 13 % en métropole).

La modélisation du fait d'être exposé quotidiennement à la fumée des autres en intérieur met en évidence des différences entre les territoires (tableau 6).

Tableau 6 • Modélisation du fait d'être exposé tous les jours à la fumée des autres en intérieur en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	16,7 ***	16,3 ***	25,4 ***	31,4 ***	19,9 ***	18,2 ***
15-29	-0,7	9,4 **	-4,9	1,7	3,7	8,4 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-4,7 **	-3,6 *	-0,5	-10,5 ***	-5,6 **	-4,7 ***
75 +	-8,7 ***	-5,8 **	-13,4 ***	-20,0 ***	-16,5 ***	-11,6 ***
Femmes	-1,5	-3,8 **	-7,0 ***	-4,0	-12,7 ***	-0,7
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-1,6	-3,1	2,3	-1,0	4,7 *	-1,5
Q3	-2,8	-0,7	-4,6	-1,6	7,5 **	-4,3 ***
Q4	-1,6	-3,0	-6,9 *	-11,7 ***	1,9	-8,4 ***
R2	1,0	2,9	2,0	4,2	4,0	4,2

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 16,7 % d'être exposé tous les jours à la fumée des autres en intérieur. Avoir 75 ans ou plus baisse de 8,7 points cette probabilité par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 1,0 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Si ce phénomène est moins présent au-delà de 54 ans dans l'ensemble des territoires, il semble plus fréquent parmi les moins de 30 ans particulièrement en métropole et en Martinique. Les femmes sont beaucoup moins concernées que les hommes à Mayotte traduisant peut-être le fait que cette exposition arrive lors de la sociabilité masculine ou dans certains emplois plus fréquemment occupés par les hommes. Les femmes sont également moins concernées en Guyane et, dans une moindre ampleur par rapport à Mayotte, en Martinique. Aucun écart d'exposition entre les sexes n'est observé en métropole ou en Guadeloupe et à La Réunion. En métropole, s'élever dans l'échelle des niveaux de vie protège de cette exposition. Ce gradient

social s'observe également à La Réunion, il est moins marqué en Guyane et est absent dans les Antilles. À Mayotte, l'effet semble pouvoir jouer en effet inverse traduisant sans doute des conditions de vie différentes en bas de l'échelle des niveaux de vie, peut-être plus tournées vers l'extérieur du fait d'un habitat très précaire. De la même manière, la modélisation précédente a mis en évidence une fréquence du tabagisme quotidien à Mayotte plus fréquente parmi le deuxième quartile de niveau de vie par rapport au premier. Par ailleurs, si le tabagisme passif est lié à l'emploi, il est très certainement moins fréquent parmi le premier quartile, moins souvent en emploi à Mayotte.

Encadré 6 • L'enquête « Baromètre » de Santé publique France

Le « Baromètre » de Santé publique France est une enquête menée depuis 1992 et annuellement depuis 2006 qui porte sur les attitudes et comportements de santé ainsi que l'opinion des Français sur la santé. En 2014, pour la première fois, l'enquête a été menée en métropole et dans les quatre DROM historiques auprès des personnes âgées de 15 à 75 ans. Selon les années, certains thèmes sont privilégiés dans l'enquête, mais celle-ci comporte toujours un recueil portant sur le tabac. D'après le Baromètre Santé de 2014 (Andler et al., 2016), 28 % des métropolitains âgés de 15 à 75 ans fument tous les jours. C'est le cas de 12 % des Guadeloupéens, de 15 % des Martiniquais, de 12 % des Guyanais et de 25 % des Réunionnais. Les niveaux observés dans l'enquête santé européenne 2019 sur le champ des 15-75 ans sont plus faibles que ceux du Baromètre 2014, à savoir 20 % de fumeurs quotidiens en métropole, 10 % aux Antilles et en Guyane et 17 % des Réunionnais. En 2019, la part des fumeurs quotidiens en métropole est passée d'après le Baromètre à 24 % des 18-75 ans. Le niveau est de 21 % dans l'enquête santé européenne 2019 sur le même champ. La part de personnes déclarant n'avoir jamais fumé est un peu différente entre les deux enquêtes. Dans le Baromètre, 38 % des métropolitains âgés de 18 à 75 ans déclarent n'avoir jamais fumé en 2019 (Pasquereau et al., 2020). D'après l'enquête santé européenne, cela concerne 44 % des 18-75 ans. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces différences. D'une part les différences de méthodologie d'enquête. Le Baromètre est une enquête menée par téléphone en générant aléatoirement des numéros de téléphone et en respectant une méthode de quotas tandis que l'enquête santé européenne part d'un tirage d'un échantillon au sein de la base Fidéli. L'échantillonnage a l'avantage de favoriser la représentativité des résultats et permet également de disposer des variables individuelles de la base de sondage pour calculer la pondération de l'enquête, ce qui n'est pas possible par une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone. Le mode de passation peut également jouer sur les niveaux mesurés. Dans les DROM, ces questions étaient posées sous casque avec l'idée que cela favorisait un recueil sincère. Sans invalider cette hypothèse, le taux observé in fine est plus bas que celui du Baromètre. Le positionnement des questions dans les questionnaires ou la formulation des questions peuvent également entraîner des différences. Ceci étant, dans les deux enquêtes, les fumeurs quotidiens sont bien cernés autour du fait de fumer du tabac (et pas d'autres substances) et en excluant la cigarette électronique.

■ ALIMENTATION

Les Antilles et La Réunion connaissent une transition nutritionnelle avancée (Méjean et al., 2020) avec le passage d'une alimentation centrée sur les féculents vers une alimentation plus riche en protéines animales, en aliments gras, sucrés et salés avec le développement de produits nouveaux (sodas, fast-food, produits de l'industrie agro-alimentaire). À Mayotte, d'après l'étude de Guyot (2013) la transition nutritionnelle est plus récente avec une place encore importante des aliments traditionnels (noix de coco, riz, banane, manioc) mais avec une augmentation de la consommation de riz par rapport aux autres aliments traditionnels et une hausse également des produits d'origine animale. Aujourd'hui, le riz serait présent dans 40 % des prises alimentaires des Mahorais et peut s'accompagner de viande de poulet (notamment les ailes de poulets appelées *mabawa*). La consommation de produits industriels progresse, comme la consommation de pain et viennoiserie (Aboudou et al., 2019). Les données sur l'alimentation en Guyane sont plus rares. Cette transition nutritionnelle pose la question du surpoids et de l'obésité tout particulièrement dans les DROM (partie Corpuvence) et des maladies chroniques associées (partie Santé perçue).

La part de l'alimentation et des boissons non alcoolisées atteint environ 16 % des dépenses annuelles par ménage en 2017 dans l'ensemble des DROM et en métropole (Audoux et Mallemanche, 2020) sauf à Mayotte où elle est plus élevée (24 %). Les prix de l'alimentation peuvent être également plus élevés dans les DROM du fait du coût des importations (Jaluzot et al., 2015). Des niveaux de vie plus faibles dans les DROM associés à des prix plus élevés et une dimension culturelle différente de celle de la métropole conduit à s'interroger sur les différences de pratiques de consommations alimentaires entre les territoires.

Une consommation plus faible de fruits et légumes dans les DROM

L'enquête santé européenne 2019 aborde la question de l'alimentation au travers de la consommation de fruits, de légumes¹³ et de boissons industrielles sucrées.

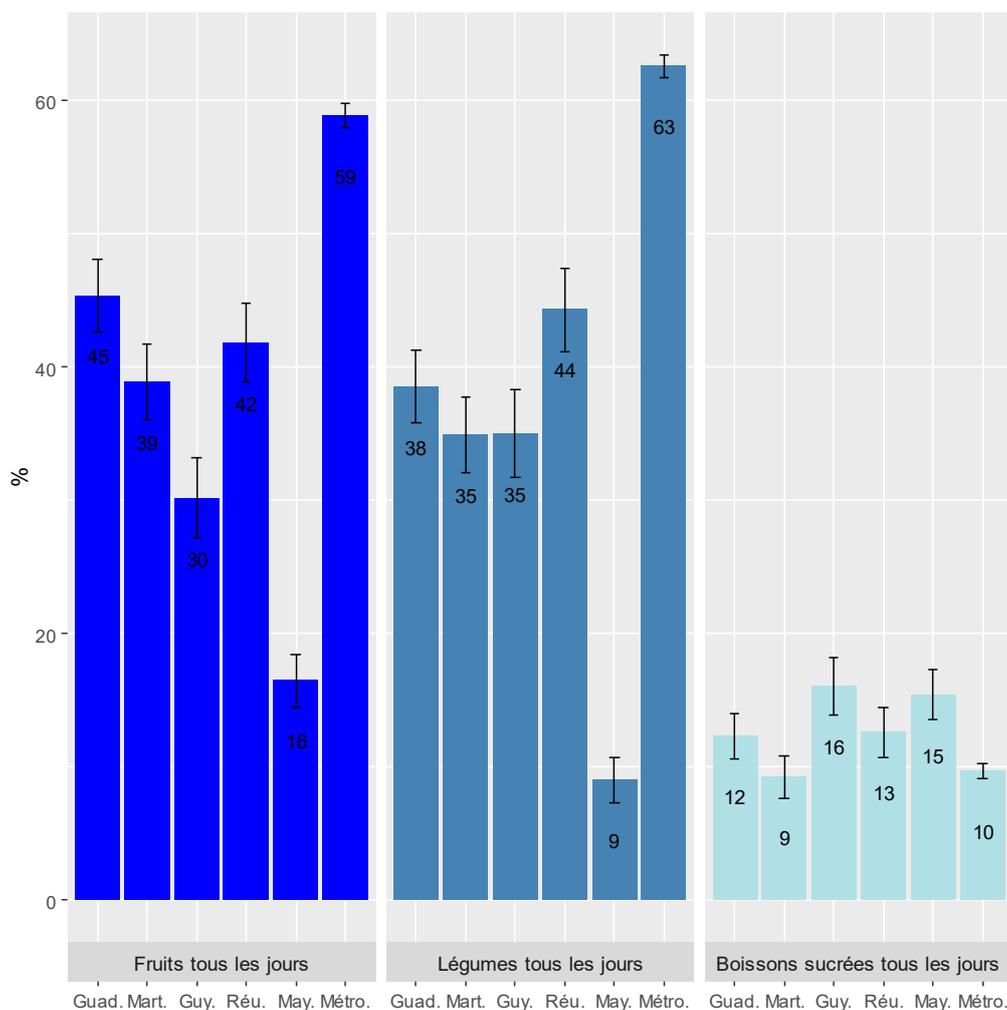
En 2019, 59 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en métropole déclare consommer des fruits tous les jours (graphique 9). C'est une part plus importante que dans les DROM. Cela concerne, en effet, 45 % de la population en Guadeloupe, 39 % en Martinique et 42 % à La Réunion. En Guyane, la part est plus faible avec 30 % de la population qui consomme des fruits tous les jours. Mayotte se distingue avec un niveau encore bien plus bas (16 % des 15 ans ou plus).

En métropole, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle des fruits et concerne 63 % des personnes âgées de 15 ans ou plus. Dans les DROM, la consommation quotidienne de légumes est aussi ou moins fréquente que la consommation quotidienne de fruits. Ainsi, 38 % de la population en Guadeloupe et 35 % en Martinique et en Guyane consomment des légumes tous les jours. C'est un peu moins en Martinique et en Guyane qu'à La Réunion où cela concerne 44 % des 15 ans ou plus mais beaucoup plus qu'à Mayotte où seulement 9 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment des légumes tous les jours. Une étude en cours (Méjean et al., 2020) comparant les prix d'un drive en Martinique et en métropole (d'un même distributeur) laisse penser que le ratio de prix entre la métropole et la Martinique favorisait la consommation de fruits en Martinique par rapport à la métropole mais serait au désavantage de la consommation de légumes. En outre, il y a plus de fruits locaux que de légumes locaux dans les DROM.

En métropole, 8 % des personnes âgées de 15 ans ou plus consomment des fruits moins d'une fois par semaine ou jamais. Cette situation est moins fréquente que dans l'ensemble des DROM. En effet, c'est le cas de 12 % des Guadeloupéens de 15 ans ou plus, de 15 % des Martiniquais, 20 % des Guyanais, 18 % des Réunionnais et de 49 % des Mahorais (annexe 7). Concernant la faible consommation de légumes, l'écart entre la métropole et les DROM est toujours significatif avec 3 % des Métropolitains qui consomment moins d'une fois par semaine ou jamais des légumes contre 10 % des Guadeloupéens, 11 % des Martiniquais et des Guyanais, 8 % des Réunionnais et 37 % des Mahorais.

¹³ Les féculents étaient explicitement exclus dans les consignes enquêteurs et des exemples étaient donnés (patate douce, manioc, igname, topinambours...). Les fruits et les légumes secs, en conserve ou surgelés étaient explicitement inclus mais pas ceux contenus dans les plats industriels. Les jus de fruits étaient explicitement exclus dans la formulation de la question.

Graphique 9 • Fréquence de la consommation quotidienne de fruits, légumes et boissons industrielles sucrées



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 45 % de la population âgées de 15 ans ou plus mange des fruits tous les jours, 38 % des légumes tous les jours et 12 % boit des boissons industrielles sucrées tous les jours.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) portent sur la consommation d'au moins cinq portions de fruits ou légumes par jour. En métropole (tableau 7), 20 % de la population est conforme à ces recommandations. C'est plus que dans l'ensemble des DROM. La situation de Mayotte se détache avec 3 % de la population qui consomme au moins 5 portions de fruits ou légumes par jour. La consommation intermédiaire de fruits et légumes (1 à 4 portions par jour) est également plus fréquente en métropole que dans les DROM.

Tableau 7 • Fréquence de la consommation quotidienne de fruits ou légumes par nombre de portions

	Aucun fruit ou légume	De 1 à 4 portions de fruits ou légumes par jour	Au moins 5 portions de fruits ou légumes par jour
Guadeloupe	45%	40%	15%
Martinique	49%	37%	13%
Guyane	56%	32%	12%
La Réunion	42%	49%	9%
Mayotte	79%	18%	3%
Métropole	25%	55%	20%

Note > Les chiffres sont en bleu lorsque l'écart avec le niveau de la métropole est significatif au seuil de 5 %.

Lecture > En Guadeloupe, 45 % de la population âgées de 15 ans ou plus déclare ne manger aucun fruit ou légume, 40 % déclare manger entre 1 et 4 portions de fruits ou légumes par jour et 15 % déclare en manger au moins 5 portions par jour.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Les résultats quant à la plus faible consommation de fruits et de légumes à La Réunion qu'en métropole obtenus à partir de l'enquête Budget de famille de l'Insee (Brasset et al., 2015), se retrouvent donc ici. Outre leur coût, selon Méjean et al. (2020), la consommation de fruits et de certains légumes pourraient être dévalorisée à La Réunion car associée à la notion de précarité. Même si les niveaux sont très faibles à Mayotte, l'autoconsommation joue un rôle important. Elle permettrait d'augmenter la consommation alimentaire des Mahorais, notamment parmi les plus modestes. L'autoconsommation couvrirait les trois-quarts des besoins en fruits et légumes chez ceux qui la pratiquent. Elle leur permettrait de consommer beaucoup plus de fruits et légumes que ceux qui ne la pratiquent pas (Aboudou et al., 2019).

Les femmes consomment plus fréquemment des fruits et des légumes tous les jours (tableau 8 et 9) sauf à Mayotte où avec un niveau très faible, il n'y a pas d'écart entre les sexes. En Martinique, l'effet n'est pas significatif pour la consommation quotidienne de fruits. Dans tous les territoires, plus l'âge augmente, plus la probabilité de manger quotidiennement des fruits augmente, sauf en Guyane et à Mayotte, où, à nouveau, cet effet n'est pas retrouvé. En ce qui concerne la consommation de légumes, l'effet de l'âge est moins net, notamment en Guyane, à La Réunion et à Mayotte où il ne ressort pas. L'effet du revenu est fort et se retrouve dans tous les territoires. Appartenir au quatrième quartile local de niveau de vie augmente la probabilité de consommer des fruits tous les jours de 16,3 points (La Réunion) à 24,1 points (Guyane) dans les DROM par rapport à appartenir au premier quartile. L'écart est significativement moins fort au seuil de 5 % en métropole (+11,0 points) qu'en Guyane et à Mayotte, très certainement parce que même plus bas dans l'échelle relative des niveaux de vie en métropole, il reste plus facile de pouvoir acheter régulièrement des fruits que plus bas dans l'échelle relative des niveaux de vie de ces deux DROM. Ces résultats mettent en avant le coût budgétaire que représente la consommation de fruits et légumes et aussi sans doute, en creux, l'importance du niveau d'éducation dans l'attention portée à l'alimentation et aux messages de prévention. À Mayotte, si l'autoconsommation est importante, ces résultats peuvent révéler une part de l'autoconsommation distincte selon les niveaux de vie, comme celle-ci nécessite une habitation pérenne.

Tableau 8 • Modélisation du fait de manger des fruits tous les jours en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	30,4 ***	28,4 ***	18,3 ***	29,9 ***	7,6 ***	40,3 ***
15-29	-8,4 **	-15,7 ***	-2,1	-9,4 **	-1,2	-3,6 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	10,4 ***	9,8 ***	1,8	7,8 **	-1,4	16,6 ***
75 +	13,0 ***	8,1 *	7,0	17,2 ***	-0,1	27,6 ***
Femmes	8,4 ***	3,6	5,3 *	8,0 ***	0,5	11,9 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-2,1	-0,5	2,7	3,8	5,1 **	4,1 ***
Q3	13,1 ***	8,2 **	9,5 **	6,9	8,6 ***	7,1 ***
Q4	17,1 ***	20,1 ***	24,1 ***	16,3 ***	23,4 ***	11,0 ***
R2	5,7	7,1	4,8	5,0	5,6	7,4

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 30,4 % de manger des fruits tous les jours. Avoir 75 ans ou plus augmente de 13,0 points la probabilité de manger des fruits tous les jours par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 5,7 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau 9 • Modélisation du fait de manger des légumes tous les jours en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	27,4 ***	23,2 ***	28,7 ***	36,5 ***	4,1 ***	47,8 ***
15-29	-14,2 ***	-6,1	-4,1	-15,8 ***	-0,2	-3,9 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	7,1 **	9,7 ***	-3,5	-1,9	-0,7	9,9 ***
75 +	7,0 *	4,6	8,9	0,1	-3,2	15,8 ***
Femmes	13,3 ***	8,7 ***	6,4 **	8,3 ***	0,2	13,0 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-6,1	-3,2	4,0	4,4	0,6	2,4 *
Q3	7,1 *	5,9	1,3	7,3 *	3,3 **	5,0 ***
Q4	12,2 ***	13,3 ***	12,8 ***	18,9 ***	16,0 ***	9,9 ***
R2	6,4	4,2	2,0	5,1	5,2	4,6

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 27,4 % de manger des légumes tous les jours. Avoir 75 ans ou plus augmente de 7,0 points la probabilité de manger des fruits tous les jours par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 10 %. Le R2 de la régression est 6,4 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Une consommation quotidienne de boissons sucrées industrielles un peu plus fréquente dans les DROM qu'en métropole, sauf en Martinique

La consommation quotidienne de boissons industrielles sucrées (sodas ou jus industriels, boissons allégées exclues) est plus fréquente dans les DROM qu'en métropole, sauf en Martinique. C'est en effet, 10 % de la population âgées de 15 ans ou plus qui déclare en métropole boire des boissons industrielles sucrées tous les jours contre 12 % en Guadeloupe, 9 % en Martinique, 16 % en Guyane, 13 % à La Réunion et 15 % à Mayotte (graphique 9, annexe 7). En métropole, 30 % de la population âgées de 15 ans ou plus déclare en boire au moins une fois par semaine. C'est moins que dans les DROM sauf en Martinique où l'écart n'est pas significatif. Il y a, en effet, respectivement 39 % de la population en Guadeloupe, 34 % en Martinique, 51 % en Guyane, 40 % à La Réunion et 53 % à Mayotte qui déclare boire des boissons industrielles sucrées au moins une fois par semaine. Cette consommation est en augmentation à Mayotte. En effet, d'après Aboudou (2019), ces boissons ont vu leur importation augmenter de 90 % entre 2014 et 2016, passant de 774 000 litres en 2014 à 1 471 000 litres importés en 2016.

Une fois contrôlé l'âge et le niveau de vie, les hommes consomment plus fréquemment des boissons sucrées industrielles tous les jours que les femmes partout sauf en Martinique et en Guyane où l'effet n'est pas significatif (tableau 10). À Mayotte, 63 % des hommes déclarent en boire au moins une fois par semaine, 20 % tous les jours. Dans tous les territoires, la fréquence augmente parmi les plus jeunes. Avoir entre 15 et 29 ans augmente la probabilité de consommer des boissons sucrées industrielles tous les jours de 6,2 points (Guyane) à 12,5 points (Guadeloupe) par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'augmentation dans l'échelle des niveaux de vie réduit la probabilité de consommer quotidiennement des boissons sucrées industrielles, sauf à Mayotte. L'effet protecteur du niveau de vie, lié sans doute à un plus haut niveau d'éducation et à une meilleure réception des messages de prévention, ne se retrouve pas à Mayotte où la diffusion des boissons semble plus homogène quel que soit le niveau de vie.

Tableau 10 • Modélisation du fait de boire tous les jours des boissons industrielles sucrées en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	19,8 ***	15,4 ***	19,7 ***	21,5 ***	17,5 ***	16,6 ***
15-29	12,5 ***	6,3 **	6,2 **	8,1 ***	7,5 ***	6,9 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-4,4 **	-4,7 ***	-8,2 ***	-7,0 ***	-9,7 ***	-5,2 ***
75 +	-5,4 **	-2,5	-1,0	-6,0 **	-8,1 **	-5,9 ***
Femmes	-5,0 ***	-2,3	-0,5	-7,4 ***	-8,5 ***	-3,7 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-6,5 **	-6,1 **	-3,8	-2,2	-1,4	-3,4 ***
Q3	-7,5 ***	-5,1 *	-4,6	-8,0 **	1,0	-5,9 ***
Q4	-6,5 **	-5,2 *	-6,5 *	-9,0 ***	2,5	-8,2 ***
R2	5,3	2,7	2,8	5,8	3,6	4,3

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 19,8 % de boire des boissons industrielles sucrées tous les jours. Avoir 75 ans ou plus baisse de 5,4 points la probabilité de boire des boissons industrielles sucrées tous les jours par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 5 %. Le R2 de la régression est 5,3 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Cette plus forte consommation de boissons sucrées industrielles dans les DROM contribue à une fréquence du surpoids et de l'obésité plus importante dans ces territoires (partie Corpulence). Cela, d'autant plus que ces boissons peuvent avoir une teneur en sucre plus forte dans les DROM qu'en métropole si elles sont produites localement. La loi Lurel (3 juin 2013) et l'arrêté du 9 mai 2016 ont pour but d'éviter ce phénomène. Mais, il semble pourtant toujours d'actualité pour certaines boissons (Méjean et al., 2020).

■ ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

D'après l'OMS, l'activité physique est très bénéfique pour la santé physique et mentale. Elle contribue à la prévention et à la prise en charge de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires ou le diabète. Elle permet par exemple de lutter contre le surpoids et l'obésité. L'inactivité physique serait la quatrième cause de mortalité évitable au monde conduisant au décès de plus de 5 millions de personnes par an (Lee et al., 2012).

La marche, le vélo, le sport en général sont autant de manière de pratiquer de l'activité physique. L'OMS donne des recommandations sur le volume d'activité physique nécessaire à une bonne santé. Elles incluent la pratique de la marche ou du vélo au moins 30 minutes par jour, la pratique d'au moins 150 à 300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité d'endurance modérée pour les 18-64 ans, la pratique du renforcement musculaire au moins deux jours par semaine pour les adultes ainsi que la limitation du temps de sédentarité. L'OMS encourage les pays à adopter ces lignes directrices pour élaborer des politiques nationales de santé au travers de son Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030.

Le questionnaire de l'enquête santé européenne porte sur tous ces aspects et permet de dresser un panorama de l'état du suivi de ces recommandations à la fois en métropole et dans les DROM, alors que les données sont manquantes sur ce sujet (Méjean et al., 2020).

La recommandation d'au moins 30 minutes de marche ou vélo par jour moins fréquemment suivie dans les DROM qu'en métropole sauf pour les hommes mahorais

En métropole, 81 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclare faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine (annexe 8). C'est plus que dans les DROM. C'est en effet le cas de 57 % des 15 ans ou plus aux Antilles, 65 % en Guyane et à La Réunion et 70 % à Mayotte. La pratique du vélo est moins courante puisque 15 % des 15 ans ou plus en métropole déclarent faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine. Comme pour la marche, elle reste plus fréquente en métropole que dans les DROM sauf en Guyane où cela concerne 17 % de la population âgées de 15 ans ou plus. En effet, en Guadeloupe, 7 % de la population fait au moins 10 minutes de vélo par semaine, 4 % en Martinique, 9 % à La Réunion et 5 % à Mayotte. L'écart de pratique entre la métropole et les DROM peut tenir au fait que les habitants des DROM ont plus fréquemment des limitations motrices que les métropolitains (partie limitations d'activités). Les conditions climatiques dans les DROM (chaleur, pluie) peuvent jouer car elles favorisent, quand c'est possible, l'usage de la voiture pour les trajets. L'espace urbain n'est par ailleurs pas toujours aménagé pour favoriser la marche (absence de trottoirs fréquente) et les ménages des DROM possèdent moins fréquemment un vélo qu'en métropole (22 % en Guadeloupe, 15 % en Martinique, 33 % en Guyane, 32 % à La Réunion, 4 % à Mayotte contre 51 % en métropole, Audoux et Mallemanche, 2020).

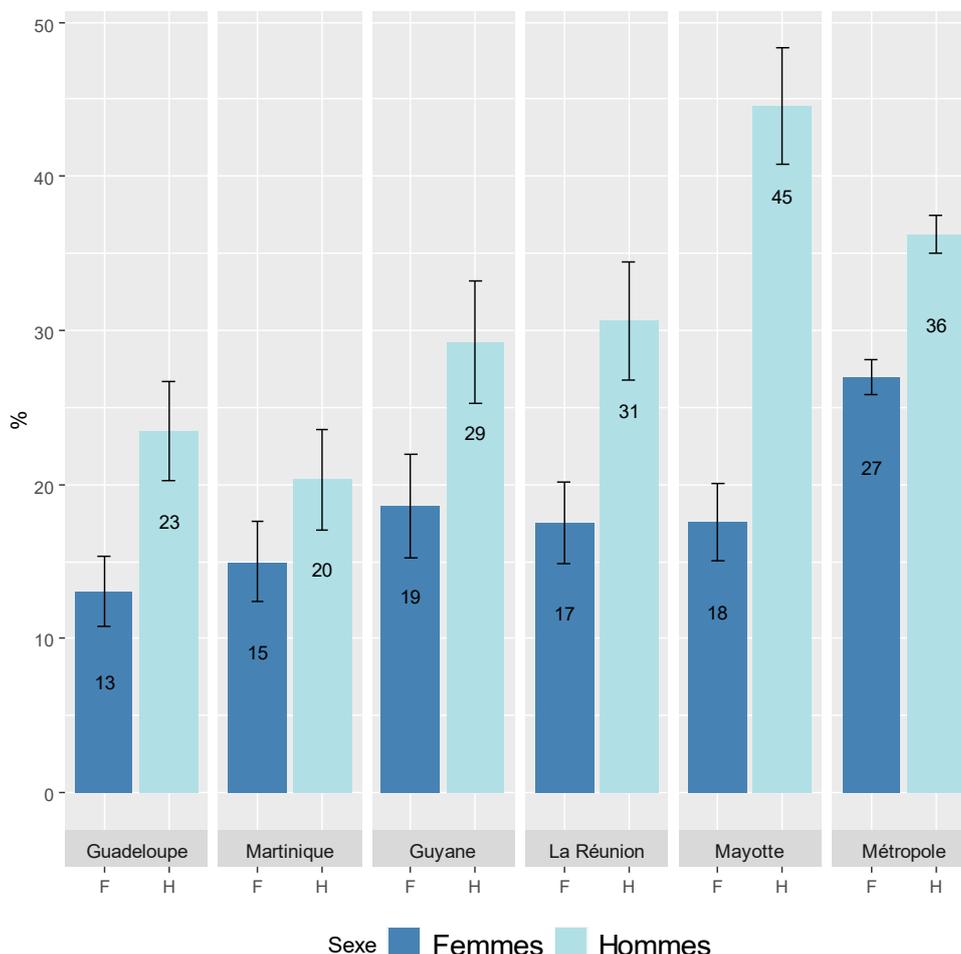
Les femmes ne pratiquent pas moins souvent que les hommes au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine sauf à Mayotte où elles sont 63 % à le faire contre 77 % des hommes. En revanche, elles font globalement moins souvent au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine. Elles sont 11 % à le faire en métropole contre 20 % des hommes, 2 % en Guadeloupe contre 13 % des hommes, 10 % contre 26 % en Guyane, 2 % contre 17 % à La Réunion et 2 % contre 9 % à Mayotte. L'écart (3 % contre 5 %) n'est pas significatif en Martinique.

En métropole, 31 % des 15 ans ou plus sont conformes à la recommandation de l'OMS d'au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour. C'est le cas de 18 % des Guadeloupéens, de 17 % des Martiniquais, de 23 % des Guyanais, de 24 % des Réunionnais et de 30 % des Mahorais. L'écart entre la métropole et Mayotte n'est cette fois plus significatif traduisant le fait que les trajets à pied des Mahorais durent plus longtemps en moyenne que ceux des métropolitains. Du fait d'un taux d'équipement en voiture plus faible qu'en métropole (trois ménages sur dix à Mayotte contre huit sur dix en métropole, Audoux et Mallemanche, 2020) la marche peut s'imposer à Mayotte pour des distances où la voiture serait plus fréquemment utilisée en métropole. Les taxis communs à Mayotte ont également un coût prohibitif pour une partie de la population. Dans tous les territoires sauf en Martinique, les femmes sont moins fréquemment conformes à cette recommandation que les hommes (graphique 10). L'écart entre les femmes et les hommes est le plus important à Mayotte où les hommes y sont plus fréquemment conformes à la recommandation qu'en métropole (45 % versus 36 %) à l'inverse des femmes (18 % versus 27 %).

La modélisation de cet indicateur en fonction de l'âge, du sexe et de l'échelle locale de niveau de vie (annexe 8) met en avant la forte part des hommes mahorais de 30-54 ans du premier quartile local de niveau de vie qui est conforme à la recommandation. Ils sont 57,0 % à y être conformes contre au maximum pour les autres territoires 36,5 % à La Réunion. En Guadeloupe, en Guyane et à Mayotte, appartenir au dernier quartile de niveau de vie conduit à baisser la probabilité d'être conforme à cette recommandation de 6,9, 8,2 et 16,7 points. En métropole, le phénomène est inverse, appartenir au dernier quartile local de niveau de vie augmente de 2,9 points la probabilité d'être conforme à la recommandation. Si, dans les DROM, c'est sans doute lié à l'usage de la voiture, en métropole, au contraire, cela peut être lié à la possibilité de s'installer à proximité de son lieu de travail, notamment en ville et ainsi de se passer de la voiture pour s'y rendre. Partout, les femmes sont moins fréquemment

conformes à la recommandation que les hommes. L'effet à Mayotte (-28,2 points) est plus fort que dans tous les autres territoires.

Graphique 10 • Fréquence de la population qui fait au moins 30 minutes de marche ou vélo par jour



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 13 % des femmes âgées de 15 ans ou plus déclare faire au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour. C'est significativement moins que les hommes qui sont 23 % à le déclarer.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Dans tous les territoires, la pratique du sport et du renforcement musculaire plus fréquente parmi les plus aisés

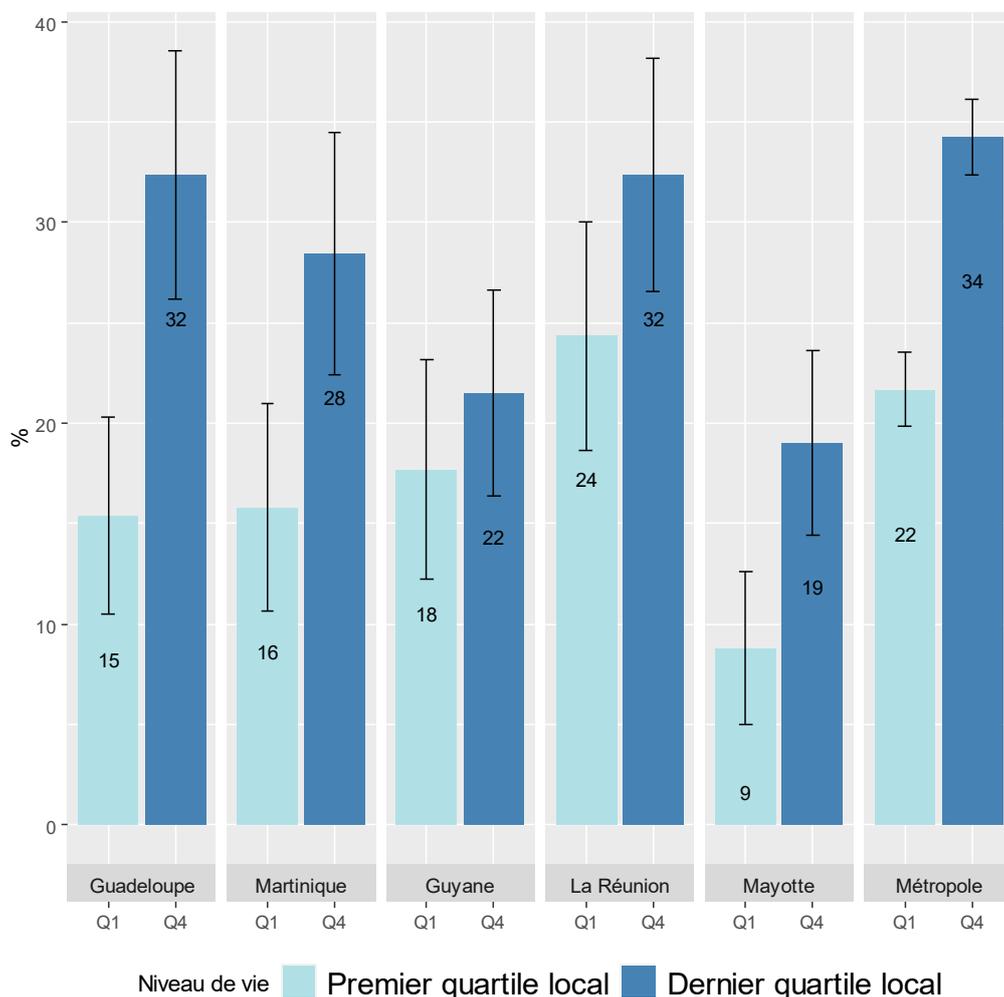
En métropole, 45 % de la population âgée de 15 ans ou plus déclare pratiquer du sport en semaine. À nouveau, la fréquence est plus élevée que dans les DROM. C'est en effet le cas de 30 % de la population du même âge en Guadeloupe, 35 % en Martinique et à La Réunion, 31 % en Guyane et de 21 % à Mayotte.

La réalisation d'une activité sportive peut nécessiter des équipements sportifs qui sont onéreux. Le taux d'équipements dans les DROM est inférieur à celui de la métropole. La moyenne nationale était en 2010 de 39,9 équipements sportifs pour 10 000 habitants, contre 28,6 à La Réunion, 23,6 en Martinique et 23,6 en Guadeloupe et 27,4 en Guyane (Méjean, 2020). En 2019, Mayotte disposait de 12,9 équipements pour 10 000 habitants (Aboudou, 2019).

Comme pour la marche et le vélo, une fois contrôlé l'âge et le niveau de vie, les hommes pratiquent plus fréquemment le sport que les femmes partout sauf aux Antilles où l'effet n'est pas significatif (annexe 8). L'écart est surtout important à Mayotte (20,2 points) et en Guyane (17,7 points) alors qu'il est faible en métropole (2,3 points). Le dernier quartile local de niveau de vie fait plus fréquemment du sport que le premier quartile. Une fois contrôlés l'âge et le sexe, appartenir au dernier quartile augmente la probabilité de faire du sport de 12,5 (La Réunion) à 26,7 points (Martinique) par rapport à appartenir au premier quartile (annexe 8).

En métropole, 28 % de la population âgée de 18 à 64 ans fait au moins 150 minutes de sport¹⁴ par semaine. Avec 26 % des adultes, l'écart n'est pas significatif avec La Réunion. Le niveau en métropole est cependant plus élevé que dans les Antilles (21 %) et en Guyane (19 %) et à Mayotte (13 %). L'écart entre les femmes et les hommes est cette fois significatif quel que soit le territoire variant de 16,6 points en Guyane à 7,1 points en Guadeloupe (annexe 8). Les écarts entre niveaux de vie sont importants. Les adultes appartenant au dernier quartile local de niveau de vie font plus fréquemment au moins 150 minutes de sport par semaine que les adultes du premier quartile (graphique 11). L'écart est le plus fort aux Antilles, de l'ordre de 15 points. Cet écart entre le premier et le dernier quartile se retrouve significatif dans tous les territoires une fois contrôlés l'âge et le sexe (annexe 8). Les plus jeunes font plus fréquemment plus de 150 minutes de sport par semaine que les 30-54 ans sauf à en Martinique et à La Réunion où l'effet n'est pas significatif. En effet, 36 % des 15-29 ans en font en métropole, 29 % aux Antilles, 26 % en Guyane et à La Réunion et 20 % à Mayotte. Les personnes âgées de 55 à 64 ans en font moins que celles âgées de 30 à 54 ans partout sauf à Mayotte et en métropole où l'effet n'est pas significatif. La fréquence de la pratique de moins de 60 minutes, entre 60 et 150 minutes, entre 150 et 300 minutes et de plus de 300 minutes de sport par semaine pour les 18-64 ans est présentée en annexe 8.

Graphique 11 • Fréquence des 18-64 ans qui fait au moins 150 minutes de sport par semaine



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 15 % des personnes âgées de 18-64 ans et appartenant au premier quartile local de niveau de vie déclare faire au moins 150 minutes de sport par semaine. C'est significativement moins que les personnes appartenant au dernier quartile local de niveau de vie qui sont 32 % à le déclarer.

Champ > Métropole et cinq DROM.

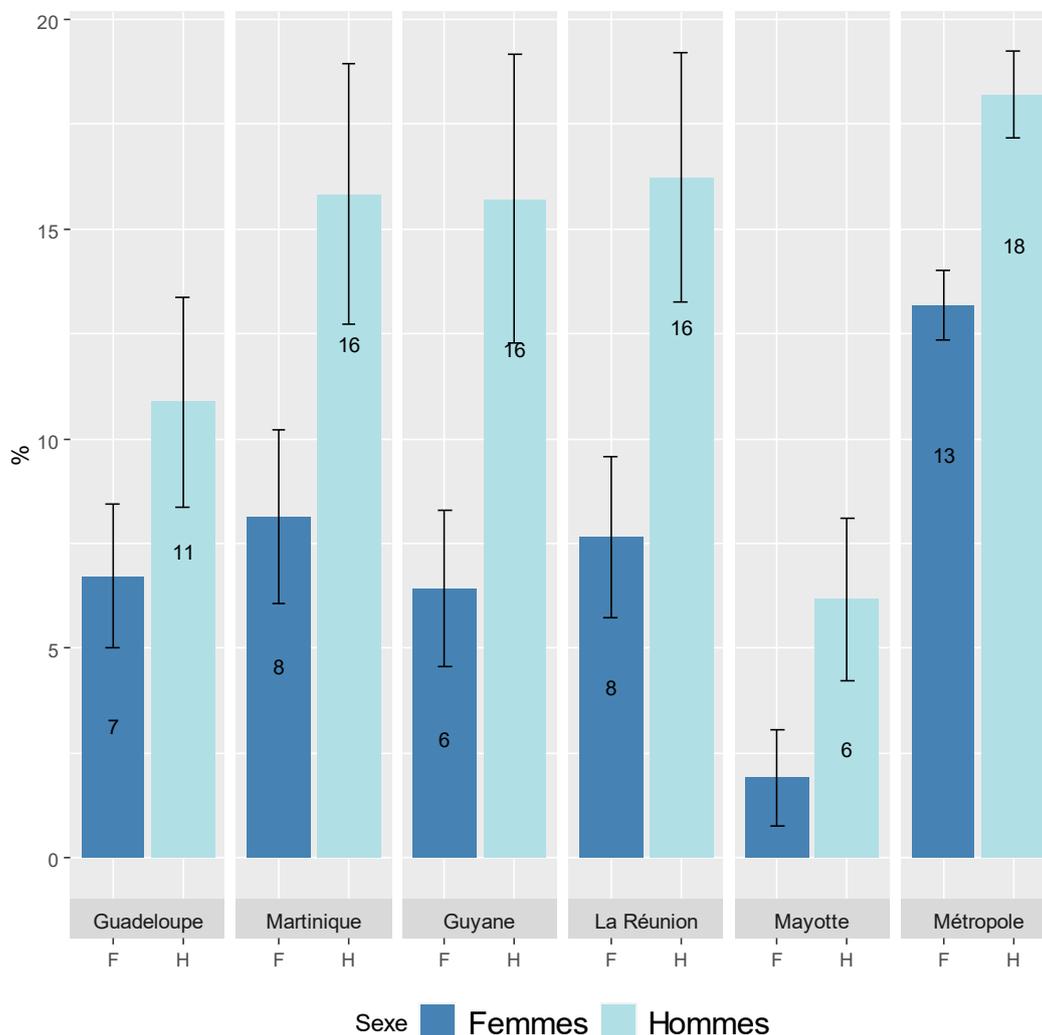
Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

En métropole, 16 % des personnes âgées de 18 ans ou plus pratiquent du renforcement musculaire au moins deux jours par semaine. C'est plus que dans les DROM avec 9 % en Guadeloupe, 12 % en Martinique et à La Réunion, 11 % en Guyane et

¹⁴ Le questionnaire s'intéresse à la marche, au vélo, au sport et au renforcement musculaire. La durée par semaine passée à faire du sport somme celle du sport et du vélo.

4 % à Mayotte. Les femmes en pratiquent moins fréquemment que les hommes (graphique 12). À nouveau, les jeunes en pratiquent plus fréquemment, les plus âgés moins fréquemment et le dernier quartile se démarque par une pratique plus fréquente que le premier quartile local de niveau de vie, sauf à La Réunion (annexe 8).

Graphique 12 • Fréquence des 18 ans ou plus qui fait au moins deux fois par semaine du renforcement musculaire



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 7 % des femmes et 11 % des hommes de 18 ans ou plus fait du renforcement musculaire au moins deux jours par semaine.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

L'excès de sédentarité plus fréquent en métropole que dans tous les DROM sauf à Mayotte

En métropole, les personnes âgées de 15 ans ou plus passent en moyenne 5 heures et 30 minutes assises ou allongées sans dormir par jour contre 4 heures et 52 minutes en Guadeloupe, 4 heures et 56 minutes en Martinique, 4 heures et 40 minutes en Guyane, 4 heures et 34 minutes à La Réunion et 6 heures et 04 minutes à Mayotte. Le temps de sédentarité est ainsi plus élevé en métropole que dans les quatre DROM historiques mais plus faible qu'à Mayotte. Les écarts avec la métropole sont significatifs au seuil de 5 %. L'OMS définit l'excès de sédentarité comme le fait de passer 7 heures ou plus assis ou allongé sans dormir. En métropole, c'est alors 32 % des 15 ans ou plus qui présentent un excès de sédentarité contre 24 % en Guadeloupe, 23 % en Martinique, en Guyane et à La Réunion. À Mayotte 37 % de la population présente un excès de sédentarité. Les écarts entre les femmes et les hommes ne sont significatifs dans aucun territoire sauf à Mayotte où les femmes présentent plus fréquemment un excès de sédentarité que les hommes (42 % contre 31 %). En métropole, cette sédentarité est liée au temps passé devant les écrans, notamment au temps passé devant l'ordinateur dans le cadre du travail. Ainsi en métropole, le dernier quartile de niveau de vie présente plus fréquemment un excès de sédentarité par rapport au premier quartile de niveau de vie. Ce phénomène se retrouve dans tous les DROM sauf en Martinique où il n'est pas significatif et surtout à

Mayotte où il joue en sens inverse. Plus fréquent parmi le premier quartile local de niveau de vie, l'excès de sédentarité n'est ainsi sans doute pas lié au temps passé devant l'ordinateur à Mayotte où le taux d'équipement est faible. Il peut être lié à l'absence d'activité professionnelle et au temps passé devant la télévision. L'excès de sédentarité est plus fréquent parmi les plus jeunes. Ainsi, avoir entre 15 et 29 augmente la probabilité d'être en excès de sédentarité entre 5,1 points à Mayotte et 18,0 points en Guadeloupe par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. En effet, les 15-29 ans sont 47 % à être en excès de sédentarité en métropole, 35 % en Guadeloupe, 31 % en Martinique, 25 % en Guyane, 34 % à La Réunion et 38 % à Mayotte. La modélisation de l'excès de sédentarité en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie (tableau 11) souligne aussi le plus fort excès de sédentarité parmi les femmes en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion et surtout à Mayotte ce qui peut traduire des types d'activités plus genrés qu'en métropole.

Tableau 11 • Modélisation de l'excès de sédentarité en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	13,0 ***	18,8 ***	13,4 ***	13,5 ***	32,6 ***	28,6 ***
15-29	18,0 ***	9,6 **	6,6 **	16,1 ***	5,1 *	16,1 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	1,7	-3,6	-2,7	-5,4 **	20,5 ***	-11,8 ***
75 +	20,1 ***	4,8	12,2 *	14,8 ***	42,7 ***	-5,1 ***
Femmes	4,0 *	2,0	4,3 *	3,8 *	10,8 ***	0,3
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	2,0	-0,5	-0,5	1,5	-5,9	-0,7
Q3	2,7	4,8	7,7 **	1,3	-7,3 *	2,8 **
Q4	7,0 **	3,7	15,0 ***	13,7 ***	-14,0 ***	11,8 ***
R2	3,9	1,4	2,7	5,1	4,9	5,0

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 13,0 % d'être en excès de sédentarité. Avoir 75 ans ou plus augmente de 20,1 points la probabilité d'être en excès de sédentarité par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 3,9 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

À la question « qu'est ce qui décrit le mieux les activités que vous réalisez dans le cadre de votre activité principale ? », l'activité principale ayant été définie comme ce qui est fait au quotidien, rémunéré ou non, « activité professionnelle, entretien de sa maison, s'occuper de sa famille, étudier ou se former, ... », 14 % des Mahorais répondent n'avoir aucune activité alors que la population est jeune. C'est le cas de 10 % des Guadeloupéens, 5 % des Martiniquais, 8 % des Guyanais, 2 % des Réunionnais et des métropolitains. Entre 9 % et 13 % de la population selon les territoires déclare effectuer des efforts physiques importants dans le cadre de son activité principale (tableau 12). Les hommes déclarent plus fréquemment que les femmes des efforts physiques importants dans leur activité principale, 15 à 20 % quel que soit le territoire contre 3 à 8 % pour les femmes.

Tableau 12 • Répartition de la population selon les efforts physiques dans le cadre de l'activité quotidienne principale

	Assis ou dé-bout	Effort physique modéré	Effort physique important	Pas d'activité principale
Guadeloupe	44%	34%	13%	10%
Martinique	47%	37%	10%	5%
Guyane	46%	35%	11%	8%
La Réunion	47%	42%	9%	2%
Mayotte	50%	27%	9%	14%
Métropole	43%	44%	11%	2%

Note > Lorsque les écarts avec la métropole sont significatifs au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 44 % des personnes âgées de 15 ans ou plus sont le plus souvent assises ou debout (ie sans effort physique particulier) dans leur activité principale, 34 % font des efforts physiques modérés, 13 % des efforts physiques importants et 10 % déclarent ne pas avoir d'activité principale.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

■ CORPULENCE

L'obésité est un facteur de risque de nombreuses pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires et certaines affections respiratoires) et peut avoir des conséquences psychologiques et sociales.

Les résultats précédemment mis en évidence (parties alimentation et activité physique) quant aux écarts d'alimentation, d'activité physique et de sédentarité, notamment pour les femmes entre la métropole et les DROM posent la question de la corpulence dans ces territoires. À cela, s'ajoutent des modèles corporels différents entre la métropole et les DROM. Le corps rond est davantage valorisé dans les DROM (associé à la féminité, la maternité, la bonne santé) même si cela devient moins le cas parmi la population jeune (Méjean, 2020).

Dans les DROM, l'obésité est principalement prise en charge par les médecins généralistes (Méjean, 2020). Dans les Antilles et à La Réunion, trois centres spécialisés pour l'obésité ont été créés en 2012 et ont amélioré le recours aux soins. À Mayotte et en Guyane, la prise en charge est très faible.

L'enquête santé européenne recueille le poids et la taille des répondants. L'indice de masse corporelle (IMC, rapport du poids en kilogramme par la taille en mètre au carré) déclaré peut ainsi être calculé. Il existe des écarts entre l'IMC mesuré et l'IMC déclaré qui peuvent dépendre des populations et des cultures (Julia et al., 2010). À Mayotte spécifiquement, une partie des répondants a été pesée et mesurée dans l'enquête santé européenne 2019. Sans cela, il n'aurait pas été possible d'analyser la corpulence de la population mahoraise car beaucoup de Mahorais ne connaissent pas leur poids et leur taille. Les mesures n'ont pas été prises pour tous les enquêtés car certains ont pu préférer déclarer un poids et une taille s'ils le connaissaient. Les enquêteurs n'ont pas noté pour chaque enquêté si le poids et la taille étaient déclarés ou mesurés, mais un travail statistique à partir des données de l'enquête Unono wa maore¹⁵ de Santé publique France a permis de reconstituer l'équivalent d'un IMC totalement mesuré à Mayotte (encadré 7 et annexe 9).

Encadré 7 • L'enquête Unono wa maore de Santé publique France et le calcul de l'IMC à Mayotte

Santé publique France a piloté l'enquête Unono wa maore dont le terrain a eu lieu entre la fin 2018 et le début 2019 à Mayotte. Celle-ci comportait un volet questionnaire et un volet infirmier. Au total, 4 643 personnes ont répondu au questionnaire et 2 993 ont vu un infirmier. Dans le questionnaire, le poids et la taille étaient demandés aux enquêtés et lors du volet infirmier, en plus de prélèvements (sang, urines, ...), les enquêtés pouvaient être pesés et mesurés par un infirmier. Les données de cette enquête permettent donc de dresser une correspondance entre poids et taille déclarés et mesurés au travers de l'échantillon de personnes pour lesquelles les deux types d'informations sont disponibles.

Dans l'enquête santé européenne, une information sur le poids et la taille était disponible pour quasiment tous les enquêtés à Mayotte. Sur 2026 enquêtés, 36 n'ont pas de valeur renseignée pour la taille et 42 pour le poids. Lorsque celles-ci étaient manquantes, elles ont été imputées par une méthode hotdeck comme pour les autres variables de l'enquête relatives à la santé (encadré 3). Les enquêteurs de l'Insee ont été équipés de balances et télémètres spécifiquement à Mayotte pour recueillir des données mesurées parce qu'il était attendu que la population connaisse moins bien ses mesures. La consigne donnée aux enquêteurs était de privilégier l'utilisation du matériel de mesure mais il leur était possible de recueillir des valeurs déclarées. La distribution des poids et des tailles collectés révèlent des points de masse aux valeurs arrondies à 5 ou 10 traduisant le fait que le recueil a pu être déclaratif ou que la mesure était approximative (annexe 9). En effet, pour la taille notamment, il n'était pas simple pour les enquêteurs, souvent des enquêtrices, d'utiliser le télémètre avec des personnes plus grandes. Le recueil du poids était plus simple. Mais, il n'est pas exclu que des valeurs, même mesurées, aient été arrondies au moment de leur enregistrement.

Un travail statistique a été conduit sur les distributions des poids et des tailles de l'enquête santé européenne pour les lisser à l'aide des données de l'enquête Unono wa maore, et ainsi supprimer les points de masse. Les étapes sont détaillées dans l'annexe 9. Dans un premier temps, deux modélisations, une pour le poids, une pour la taille, de la probabilité d'avoir déclaré son poids et sa taille ont été estimées à partir des données de l'enquête Unono wa maore. Dans l'enquête Unono wa maore, 54 % des hommes connaissaient leur poids et ont accepté de le déclarer, 59 % des hommes connaissaient leur taille et ont accepté de la déclarer. Pour les femmes, les niveaux sont respectivement 46 % et 42 %. Les variables explicatives sélectionnées dans le modèle sont des variables communes aux deux enquêtes. Les résultats du modèle montrent par exemple que la probabilité de déclarer son poids ou sa taille augmente avec le niveau de diplôme, le fait de vivre dans un village aux conditions de vie plus favorables selon la typologie de villages Insee (Thibault, 2019), le fait d'avoir l'eau courante ou encore d'avoir vu un médecin dans l'année. En appliquant les coefficients du modèle à l'enquête santé européenne, il a été possible d'en déduire une probabilité d'avoir un poids ou une taille déclaré plutôt que mesuré pour chaque répondant de l'enquête santé européenne. Quand la probabilité est supérieure à un seuil, la donnée est considérée comme « déclarée » dans l'enquête santé européenne. En dessous du seuil, elle est considérée comme « mesurée ». Dans un second temps, une valeur mesurée est imputée pour chaque valeur estimée « déclarée » à l'aide de la correspondance entre les données déclarées et mesurées issue de l'enquête Unono wa maore. L'imputation se fait par une méthode hotdeck indépendamment pour le poids et la taille. Le donneur est pris dans l'échantillon de personnes de l'enquête Unono wa maore pour lesquelles les données déclarées et mesurées sont disponibles. Pour la taille par exemple, le donneur est sélectionné parce que sa taille déclarée est dans la même tranche que celle du receveur et parce qu'il se situe également dans une tranche d'âges commune. Il est fait de même pour le poids. Cette méthode permet de lisser efficacement les distributions de poids et de taille. Le seuil à partir duquel la donnée est considérée comme

¹⁵ Voir le site internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/l-enquete-unono-wa-maore>

« déclarée » et non pas « mesurée » est fixé de manière à obtenir une distribution qui ait une allure plutôt lisse. La méthode est appliquée séparément aux données des femmes et des hommes.

Les fréquences estimées des types de corpulence au sein de la population mahoraise à partir des données ainsi redressées sont modifiées par rapport à celles issues des données brutes de l'enquête santé européenne. Un des résultats est une augmentation de la part d'obésité parmi les femmes et parmi les hommes (tableau E6.1). L'écart est significatif au seuil de 5 % pour les hommes pour lesquels les distributions originales des poids et des tailles étaient les plus erratiques. Au regard des distributions de poids et taille beaucoup plus lisses ainsi obtenues, il est fait le choix de présenter, dans cette partie « Corpulence », les données issues de l'application de cette méthode statistique de redressement. Les régressions présentées de cette partie ont également été menées à partir de ces données redressées.

Tableau E7 • Comparaison des répartitions des Mahorais selon les types de corpulence avec les données brutes et redressées de l'enquête santé européenne

		Mai- greur	Norma- lité	Sur- poids	Obésité dont...	...Obésité modérée	... Obé- sité sé- vère	... Obé- sité mor- bide
Ensemble	Brut	7%	44%	29%	21%	13%	6%	2%
	Redressé	7%	40%	28%	26%	16%	6%	3%
Femmes	Brut	6%	37%	27%	31%	18%	9%	4%
	Redressé	6%	34%	26%	34%	19%	10%	5%
Hommes	Brut	8%	52%	31%	9%	7%	2%	0%
	Redressé	8%	46%	30%	16%	13%	2%	1%

Note > Lorsque les écarts entre les prévalences mesurées dans les données brutes et redressées sont significatifs au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > À Mayotte, d'après les données brutes de l'enquête santé européenne, 44 % de la population a une corpulence normale. Après redressements, la part estimée de la population avec une corpulence normale est de 40 %.

Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unoro wa maore de Santé publique France pour les redressements.

Les femmes plus concernées que les hommes par l'obésité dans les DROM, notamment à Mayotte

La part de la population de 15 ans ou plus qui a une corpulence¹⁶ dite « normale » est plus faible dans les DROM qu'en métropole sauf à La Réunion où la répartition des types de corpulence au sein de la population est très proche de celle de la métropole. En métropole, 50 % de la population de 15 ans ou plus a une corpulence normale. Le niveau n'est pas différent à La Réunion avec 49 % de la population alors qu'il est plus bas en Guadeloupe (44 %), en Martinique (42 %), en Guyane (45 %) et à Mayotte (40 %). L'annexe 10 donne la répartition de la population par type de corpulence dans les différents territoires pour l'ensemble des 15 ans ou plus, les femmes et les hommes

En métropole, 14 % de la population âgée de 15 ans ou plus est obèse en 2019. C'est le même niveau qu'en 2014, d'après l'enquête santé européenne de 2014. Le niveau est comparable à La Réunion avec 16 % de la population qui est obèse en 2019 mais il est plus élevé dans les autres DROM : 19 % en Guadeloupe et en Guyane, 20 % en Martinique et 26 % à Mayotte.

Dans les DROM, les écarts sont très forts entre les femmes et les hommes. Alors que le taux d'obésité est le même pour les femmes et les hommes en métropole (15 % versus 14 %), celui des femmes est significativement plus élevé dans les DROM. En effet les femmes de 15 ans ou plus sont 23 % à être obèses en Guadeloupe et en Guyane, 25 % à l'être en Martinique, 20 % à La Réunion et 34 % à l'être à Mayotte.

La fréquence de l'obésité augmente fortement avec l'âge (graphique 13). Ainsi les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont 5 % à être obèses en métropole, 8 % en Guadeloupe, 10 % en Martinique, 7 % en Guyane, 9 % à La Réunion et 13 % à Mayotte. L'obésité arrive tôt dans les DROM. Entre 15 et 29 ans, l'obésité concerne déjà 15 % des femmes en Guadeloupe, 12 % en Martinique, 15 % en Guyane, 18 % à La Réunion, 17 % à Mayotte contre 6 % en métropole. Entre 25 et 44 ans, l'obésité est trois fois plus fréquente parmi les femmes qu'entre 15 à 24 ans, sans doute en lien avec les maternités. Les femmes de 25 à 44 ans sont 14 % à être obèses en métropole, 27 % en Guadeloupe, 26 % en Martinique et en Guyane, 25 % à La Réunion

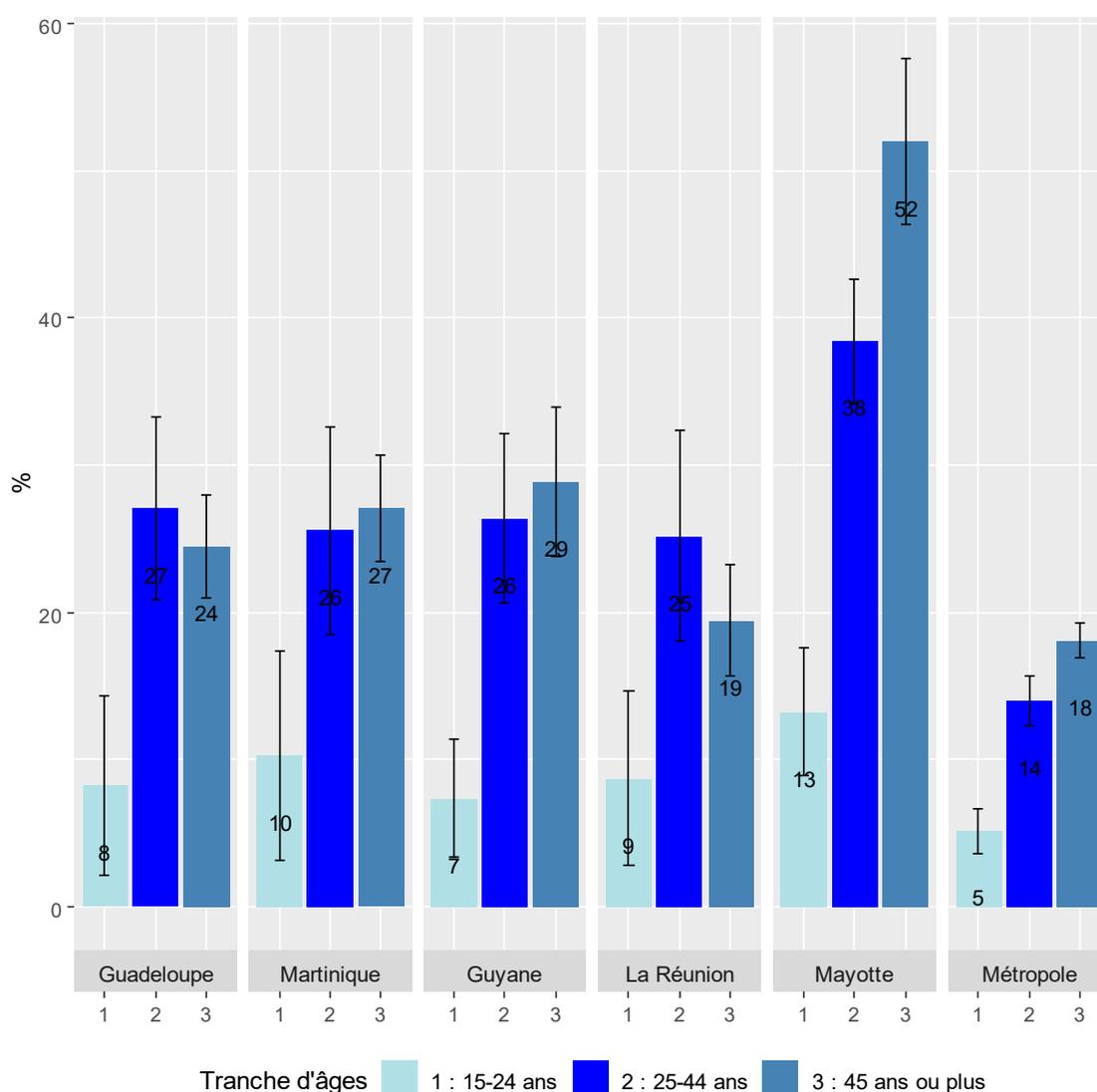
¹⁶ Les seuils retenus sont ceux classiquement utilisés. La maigreur est caractérisée par un IMC inférieur à 18,5 ; la normalité par un IMC compris entre 18,5 et moins de 25 ; le surpoids par un IMC entre 25 et moins de 30 ; l'obésité par un IMC de 30 ou plus ; l'obésité modérée par un IMC entre 30 et moins de 35 ; l'obésité sévère par un IMC entre 35 et moins de 40 ; l'obésité morbide par un IMC de 40 ou plus. Ils sont utilisés pour tous les âges de l'enquête (y-compris pour les mineurs et les plus âgés).

et 38 % à Mayotte. La forte prévalence de l'obésité à Mayotte parmi les femmes est atypique. Elle pourrait être liée à une pratique de forte alimentation de la mère lors d'un alitement pendant 40 jours après l'accouchement (Méjean, 2020). Si aux âges les plus avancés la prévalence de l'obésité décroît, elle continue d'augmenter après 45 ans. Ainsi, plus de la moitié des femmes de 45 ans ou plus sont obèses à Mayotte.

Pour les hommes, l'obésité augmente aussi avec l'âge (graphique 14) mais les niveaux restent très proches entre la métropole et les DROM sauf à Mayotte parmi les 45 ans ou plus. Les écarts de prévalence d'obésité entre les femmes et les hommes sont ainsi les plus importants à Mayotte avec 18 points d'écart contre au maximum 12 points pour la Martinique. Concernant les hommes, Mayotte se caractérise également par une prévalence de la maigreur plus importante qu'en métropole, 8 % contre 3 % pour les hommes métropolitains, du fait d'une situation de dénutrition encore présente pour une partie de la population mahoraise.

Mayotte est ainsi caractéristique de la situation mise en évidence dans un tiers des pays pauvres et à revenu modérés d'après le Lancet (Series from the Lancet journals, 2019) où la population est concernée par la coexistence de la dénutrition et de l'obésité parfois au sein des mêmes familles ou pour une même personne au cours de sa vie. Dans les Comores, c'est un quart des familles qui sont touchées par ce « double fardeau de la malnutrition ».

Graphique 13 • Taux d'obésité selon l'âge parmi les femmes

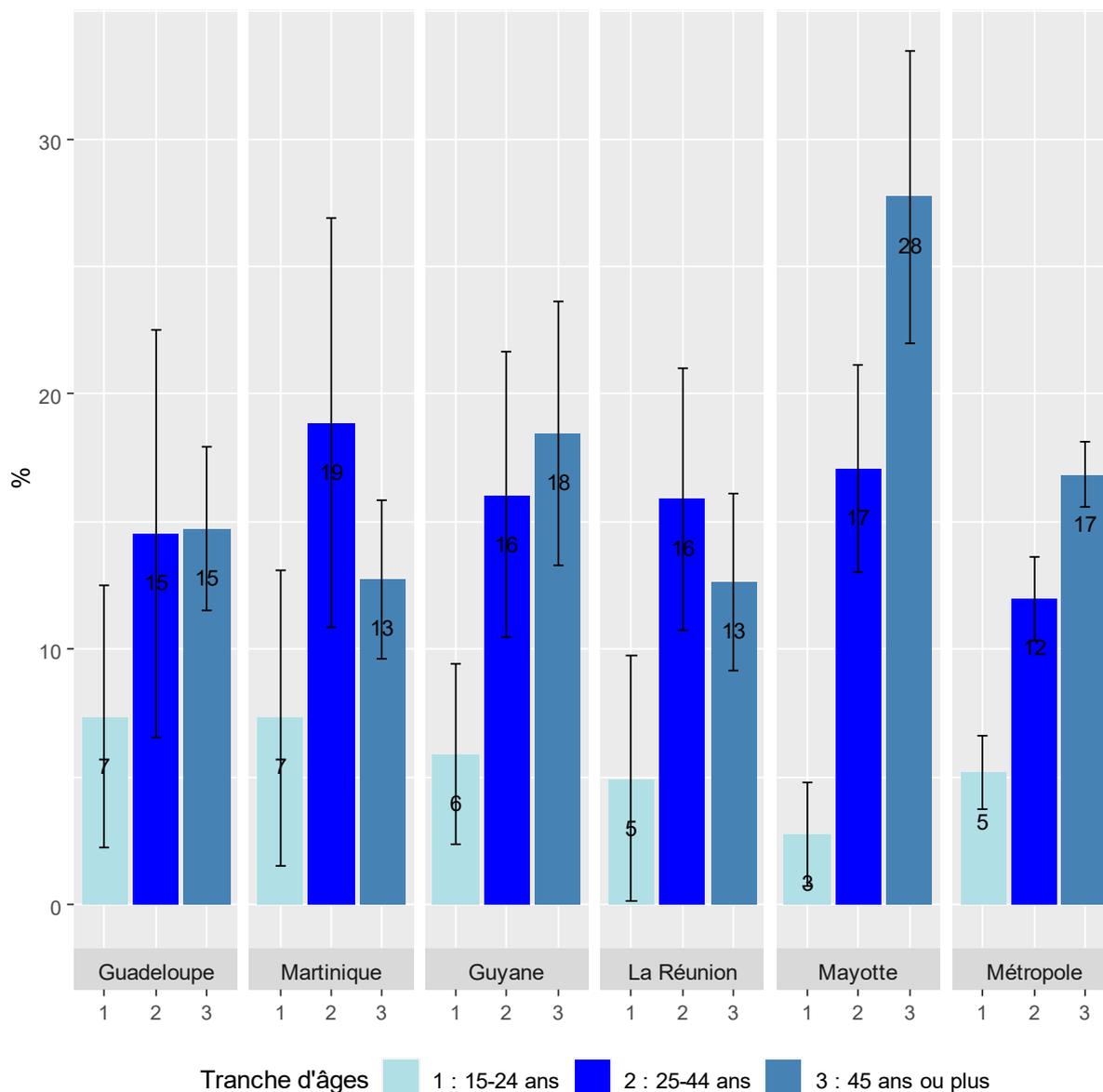


Lecture > En Guadeloupe, 8 % des femmes de 15 à 24 ans sont obèses. C'est significativement moins qu'entre 25 et 44 ans où 27 % des femmes sont obèses. Le taux d'obésité redescend un peu parmi les 45 ans ou plus puisque 24 % des femmes sont alors obèses. L'écart n'est pas significatif.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique 14 • Taux d'obésité selon l'âge parmi les hommes



Lecture > En Guadeloupe, 7 % des hommes de 15 à 24 ans sont obèses. C'est moins qu'entre 25 et 44 ans où 15 % des hommes sont obèses. L'écart n'est cependant pas significatif au seuil de 5 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Pour les femmes, un effet protecteur du niveau de vie contre l'obésité

La modélisation du taux d'obésité en fonction de l'âge et du quartile local de niveau de vie pour les femmes (tableau 13) montre un effet protecteur du niveau de vie. Appartenir au quatrième quartile local de niveau de vie réduit la probabilité d'être obèse de 17,5 points en Guadeloupe, 14,3 points en Martinique, 16,4 points en Guyane, 7,3 points à La Réunion et de 11,3 points en métropole par rapport à appartenir au premier quartile de niveau de vie pour les femmes. Le niveau de vie et le niveau de diplôme sous-jacent jouent, en effet, sur l'adhésion aux messages de prévention et également sur les modes de vie, permettant, par exemple d'avoir une alimentation plus équilibrée ou de faire du sport. Cet effet joue dans le sens inverse à Mayotte. Appartenir au deuxième quartile de niveau de vie augmente la probabilité d'être obèse de 12,2 points par rapport à appartenir au premier quartile de niveau de vie pour les femmes. À Mayotte, augmenter dans l'échelle de niveaux de vie peut permettre

de s'écarter d'une situation de dénutrition et favoriser l'obésité parce que plus de produits alimentaires deviennent financièrement accessibles. Cependant, l'écart de taux d'obésité entre le premier et dernier quartile n'est pas significatif rendant compte d'une relation en forme de cloche entre niveau de vie et le taux d'obésité.

Tableau 13 • Modélisation du fait d'être obèse en fonction de l'âge et du quartile local de niveau de vie pour les femmes

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	33,7 ***	35,0 ***	34,5 ***	23,7 ***	40,1 ***	20,6 ***
15-29	-14,3 ***	-17,6 ***	-14,8 ***	-5,3	-29,1 ***	-10,7 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	0,6	-0,5	5,8	-0,7	2,7	3,3 ***
75 +	-14,2 ***	-9,8 **	-16,6 ***	-11,0 **	-17,6 *	0,4
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-1,6	-3,1	-2,5	4,7	12,2 ***	-1,4
Q3	-10,0 **	-7,6 *	-12,0 **	-5,5	9,4 **	-5,5 ***
Q4	-17,5 ***	-14,3 ***	-16,4 ***	-7,3 *	3,3	-11,3 ***
R2	4,3	3,4	5,0	1,8	10,7	3,0

Lecture > En Guadeloupe, une femme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 33,7 % d'être obèse. Avoir 75 ans ou plus réduit de 14,2 points la probabilité d'être obèse par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 4,3 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Une modélisation plus complète est présentée en annexe 10 avec notamment, des variables relatives à l'alimentation et à l'activité physique. L'association négative entre obésité et activité physique se retrouve pour les femmes. À Mayotte, c'est surtout l'excès de sédentarité qui joue sur l'obésité des femmes comme celles-ci font peu d'activité physique. Le rôle de l'alimentation et de la consommation de boissons sucrées industrielles ressort également dans certains territoires. Cependant, l'effet du niveau de vie est peu amoindri par l'ajout de ces variables montrant qu'il passe sans doute aussi par d'autres mécanismes que ceux qui sont captés avec ces variables sur l'activité physique et les informations disponibles sur l'alimentation dans l'enquête.

Les deux mêmes modélisations sont présentées en annexe 10 pour les hommes. L'effet du niveau de vie est moins fort que pour les femmes en métropole. Dans les DROM, il est très peu significatif et lorsqu'il l'est, il joue en sens inverse. Comme pour les femmes, l'augmentation du niveau de vie est liée positivement à la prévalence de l'obésité à Mayotte. L'effet du sport, plus fréquemment pratiqué par les hommes que par les femmes, ressort comme facteur protecteur de l'obésité dans la modélisation à La Réunion, Mayotte et en métropole. À Mayotte, le fait de manger des fruits et légumes tous les jours est lié négativement avec la fréquence de l'obésité une fois contrôlé le niveau de vie.

■ CONCLUSION

Cette publication a mis en avant certaines caractéristiques communes à tous les territoires :

- Il est retrouvé partout un fort effet de l'âge et du niveau de vie sur la santé ainsi que sur les comportements et pratiques favorables à la santé.
- Les femmes ont une santé perçue plus dégradée que celle des hommes mais des comportements plus favorables à la santé en matière de tabac et d'alimentation.

La santé perçue était moins bonne dans les DROM comparativement à la métropole et que les facteurs de risques pour la santé y étaient plus répandus. De ce point de vue, certains traits sont communs à tous les DROM :

- Les personnes âgées ont une santé perçue plus dégradée dans les DROM qu'en métropole. Elles sont également plus fréquemment handicapées. Cela touche la plupart des sens (notamment la vue), la motricité et les activités de la vie quotidienne. En revanche, les résidents des DROM n'ont pas plus fréquemment des difficultés d'audition que les métropolitains. Ils en ont même moins en Guadeloupe et en Guyane.
- Si les femmes ont une santé perçue plus dégradées que les hommes en métropole, cet écart est particulièrement fort dans les DROM.
- La présence de symptômes dépressifs est plus fréquente dans les DROM qu'en métropole.
- L'alimentation, au regard des variables disponibles dans l'enquête, est moins favorable à la santé dans les DROM.
- La pratique de l'activité physique est moins répandue dans les DROM.
- Les femmes sont plus fréquemment obèses dans les DROM et l'obésité commence jeune.
- Sur les aspects à l'avantage des DROM, la consommation de tabac est plus faible dans les DROM qu'en métropole.

La situation n'est toutefois pas homogène au sein des DROM :

- La Réunion est le territoire dont les caractéristiques en matière de santé sont les plus proches de la métropole. À ce titre, la consommation de tabac y est aussi élevée qu'en métropole et le tabagisme passif est plus fréquent qu'en métropole. La fréquence de symptômes dépressif n'est pas différente de celle de la métropole.
- Mayotte apparaît de loin comme le territoire où la santé est la plus dégradée. Les personnes âgées, certes peu nombreuses, ont beaucoup de limitations. Les jeunes ont plus fréquemment des symptômes dépressifs. La note de satisfaction relative à la vie est plus basse qu'ailleurs. La consommation de fruits et légumes est rare. La maigreur est plus fréquente parmi les hommes que dans les autres territoires et le taux d'obésité des femmes est extrêmement élevé. En lien avec cela, l'activité physique est particulièrement peu fréquente et l'excès de sédentarité notamment parmi les femmes est plus fréquent qu'en métropole contrairement aux autres DROM. Celles-ci sont toutefois relativement préservées du tabac.
- Les Antilles n'ont pas montré de traits très spécifiques au-delà des aspects partagés par tous les DROM. Il est certain que la santé perçue dégradée des plus âgés est un élément préoccupant au sein de ces territoires vieillissants.
- La situation de la Guyane est apparue comme un peu plus dégradée que celle des quatre DROM historiques mais largement meilleure que celle de Mayotte. Il est cependant à noter que seule la Guyane routière a été couverte par l'enquête, les populations Amérindiennes sont donc exclues de l'enquête. Il est connu qu'elles ont des spécificités en matière de santé, par exemple le nombre de suicides est élevé parmi cette population. Le taux de couverture de la base Fidéli est, par ailleurs, moins bon que celui du recensement en Guyane. Il est possible que des populations précaires aient été plus fréquemment mises de côté de l'enquête de ce fait.

Ces aspects sont d'ores et déjà pris en charge par les acteurs régionaux de santé. Ainsi, les cadres d'orientation stratégique (COS), socle des Projets de Santé régionaux 2018-2028 de ces régions mettent souvent l'accent sur les difficultés soulignées dans cette publication. Par exemple, le COS de La Réunion et Mayotte a défini au sein de huit orientations prioritaires la santé des femmes, la santé nutritionnelle, la qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées, la promotion et la protection de la santé mentale. En Guyane, il prend notamment comme axe la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En Martinique, anticiper les effets du vieillissement et de la perte d'autonomie, améliorer la santé des mères, réduire le surpoids et l'obésité et leurs incidences sur les maladies chroniques, améliorer la prise en charge en matière de santé mentale sont au cœur du COS. En Guadeloupe, le COS met aussi en avant le développement nécessaire de la prévention en santé pour lutter contre le gradient social de santé.

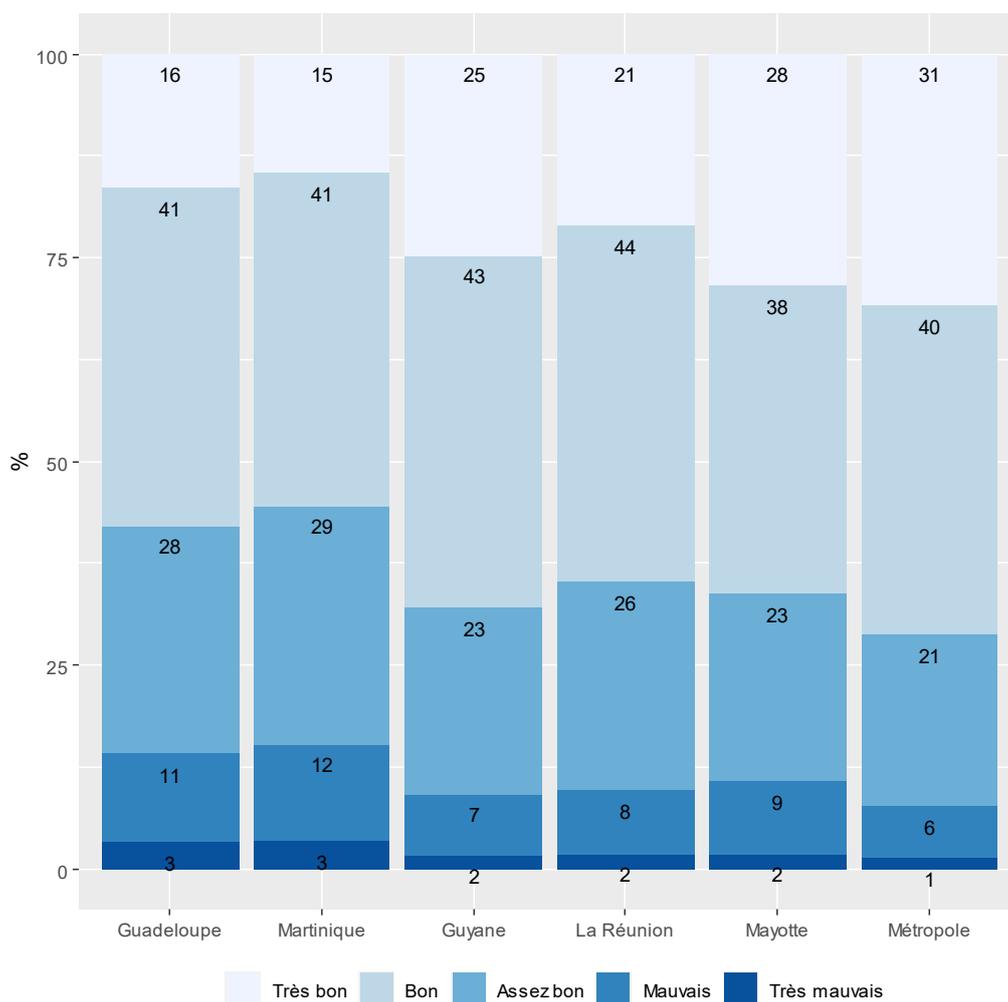
■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Aboudou, A., Medevielle, S., Ricquebourg, M. (2019), [La nutrition-santé à Mayotte](#). ARS Océan indien, Tableau de bord.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., Diderichsen, F. (2009), Social inequality in the prevalence of depressive disorders, *Journal of Epidemiology and Community Health*, BMJ Publishing Group, 63 (7).
- Ander, R., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V. (2016, septembre), [Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette](#). Santé publique France.
- ARS Océan indien, (2019), [Annexe du PSRS, État de santé de la population de La Réunion et Mayotte](#).
- Audoux, L. et Mallemanche, C. (2020, janvier), [En 2017, les dépenses de consommation des DOM sont moindres qu'en métropole](#). Insee Focus, n°180.
- Audoux, L. et Mallemanche, C. (2020, janvier), [L'équipement courant des ménages des DOM proche de ceux de la métropole, hormis à Mayotte](#). Insee Focus, n°181.
- Audoux, L., Mallemanche, C., Prévot, P. (2020, juillet), [Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte](#). Insee Première, n°1804.
- Balicchi, J., Antoine, R., Breton, D., Marie, C.-V., Mariotti, E. (2019, mai), [Migrations-Famille-Vieillesse : état de santé et couverture santé à Mayotte](#). In Extenso, n°8.
- Beck, F., Guignard, R. (2012), La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *La santé de l'homme*. Inpes, n°421.
- Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V (2019, mai), [Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015](#). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°15.
- Brasset, M., Levet, L. et Stein, F. (2015, décembre), [Les comportements alimentaires des Réunionnais - Un excès d'huile et de riz, un déficit de fruits et légumes](#). Insee Analyses Réunion, n°12.
- Chaussy, C., Merceron, S., Balicchi, J. (2018, mai), [Surmortalité des enfants et des femmes de 60 ans ou plus. Les décès à Mayotte en 2016](#). Insee Flash Mayotte, n°68.
- Chaussy, C., Merceron, S., Genay, V. (2019, février), [A Mayotte, près d'un habitant sur deux est de nationalité étrangère](#). Insee Première, n°1737.
- Cour des comptes (2014), [La santé dans les Outre-mer, une responsabilité de la République](#). Rapport public thématique.
- Cratère, F. (2019, janvier), [La Guyane, une région jeune et cosmopolite](#). Insee Analyses Guyane, n°35.
- Dauphin, L., Eideliman, J.-S. (2021, février), [Élargir les sources d'études de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ? Utilisation de la question GALI pour repérer les personnes handicapées et établir des statistiques sur leurs conditions de vie](#). Les dossiers de la DREES, n°74.
- Deroyon, T. (2020, décembre), [En 2019, l'espérance de vie à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes](#). Études et Résultats, n°1173.
- Diallo, C. T., Leroux, I. (dir) (2020, octobre), [L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion](#). Panoramas de la DREES.
- Dubost, C.-L. (2018, avril), [En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes](#). *Études et Résultats*, n°1057.
- Fourcade, N., von Lennep, F., Gremy, I., Bourdillon, F. (dir) (2017, septembre), [L'état de santé de la population en France – Rapport 2017](#).
- Fourcade, N., Gonzalez, L., Rey, S., Husson, M. (2013, mars), [La santé des femmes en France](#). *Études et Résultats*, n°834.
- Gleizes, F., Grobon, S. (2019, janvier), [Le niveau de satisfaction dans la vie dépend peu du type de territoire de résidence](#). Insee Focus, n°139.
- Haute Autorité de Santé (2017, octobre), Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, Argumentaire scientifique.
- Hill, C. (2011, mai), [Les effets sur la santé du tabagisme passif](#). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°20-21.

- Julia, C., Salanave, B., Binard, K., Deschamps, V., Vernay, M., Castetbon, K. (2010, mars), [Biases de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France. Effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité](#). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°8.
- Lee, I-M., Shimora, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T. et al. (2012, juillet), [Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide : an analysis of burden of disease and life expectancy](#). The Lancet, volume 380, Issue 9838.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001, décembre), The PHQ-9, Journal of General Internal Medicine, Volume 16, Issue 9.
- Méjean, C., Debussche, X., Martin-Prével, Y., Réquillart, V., Soler, L.-G. et Tibère, L. (dir.) (2020) Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer / Food and nutrition in the overseas regions. Marseille, IRD Éditions.
- Pasquereau, A., Andler, R., Arwidson, P., Guignard, R., Nguyen-Thanh, V. (2020, mai), [Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019](#). Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°14.
- Pisarik, J., Rochereau, T. (2017, mars), [État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'enquête santé européenne – enquête santé et protection sociale 2014, Études et Résultats](#), n°998.
- Quatremère, G., Pasquereau, A., Guignard, R., Andler, R., Nguyen-Thanh, V. et les groupes Baromètre de Santé publique France 2017 et 2018. (2020, février), [Exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail et au domicile entre 2014 et 2018 : résultats du Baromètre de Santé publique France](#).
- RÉDIA. (2001), Étude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de La Réunion – Résultats principaux. INSERM.
- Schlax, J., Jünger, C., Beutel, M. E., Münzel, T. et al. (2019), Income and education predict elevated depressive symptoms in the general population : results from the Gutenberg health study, BMC Public Health, 19 ;430.
- Series from the Lancet journals (2019, décembre), [The Double Burden of Malnutrition](#).
- Solet, J.-L. (2018), [Étude de la prévalence de l'asthme à La Réunion](#), Santé publique France, Rapport.
- Solet, J.-L., Baroux, N. (2009), [Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte – Étude Maydia 2008](#). Institut de veille sanitaire, Rapport.
- Thibault, P. (2019, octobre), [Les villages de Mayotte en 2017. Des conditions de vie inégales entre villages](#), Insee Analyses Mayotte, n°22.
- Toutlemonde, F. (dir.) (2020, juillet), [Les établissements de santé – édition 2020](#), Panoramas de la DREES.

Annexe 1. Santé générale perçue

Graphique A1.1 • Caractérisation de l'état de santé général perçu



Lecture > En Guadeloupe, 16 % des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarent en très bonne santé, 41 % en bonne santé, 28 % en assez bonne santé, 11 % en mauvaise santé et 3 % en très mauvaise santé.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A1.1 • Résultats de la régression « logit » modélisant la probabilité de se déclarer en « mauvaise » ou très mauvaise santé générale présentés de façon à être comparable avec le modèle à probabilité linéaire

Pour la métropole et chaque DROM, un modèle « logit » a été estimé. À l'aide de la formule $EXP(X_i \cdot \beta) / (1 + EXP(X_i \cdot \beta))$, la probabilité de se déclarer en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé a été calculée pour la situation de référence. Ensuite cette probabilité a été recalculée en faisant varier une modalité. L'écart entre ces deux probabilités a enfin été calculé et forme l'effet additif de présenter cette modalité par rapport à la situation de référence. Cette présentation de la régression « logit » est fournie dans le tableau ci-dessous et peut être comparée au modèle à probabilité linéaire. Les intervalles de confiance des coefficients du modèle à probabilité linéaire ont été présentés ci-dessous. Les deux modélisations, que ce soit du point de vue des niveaux de significativité ou des valeurs estimées sont très proches.

Modèle « logit » :

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	11,4***	7,3***	12,7***	7,1***	13,0***	8,9***
15-29	-8,9***	-5,9**	-11,2***	-5,2**	-7,9***	-6,8***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	12,3***	11,8***	18,8***	16,7***	25,1***	11,2***
75 +	48,3***	32,7***	52,5***	33,3***	54,0***	21,6***
Femmes	0,8	3,9**	2,1	-0,5	4,8*	-0,3
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-0,3	1,7	-3,5	-0,7	-2,6	-2,5***
Q3	-6,0***	-0,8	-6,7*	-0,9	-4,9*	-5,4***
Q4	-7,7***	-4,8***	-10,1***	-3,9**	-8,8***	-6,4***
Pseudo R2	14,3	13,4	11,1	8,7	8,7	5,6

Modèle à probabilité linéaire (tableau 1 de cette publication) :

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	12,6 ***	7,9 ***	13,0 ***	8,0 ***	13,0 ***	10,1 ***
15-29	-7,6 ***	-7,4 ***	-9,0 ***	-4,9 ***	-7,1 ***	-4,7 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	8,9 ***	12,0 ***	12,0 ***	13,3 ***	19,8 ***	6,8 ***
75 +	41,4 ***	34,3 ***	39,7 ***	27,8 ***	49,1 ***	14,1 ***
Femmes	0,8	5,0 ***	1,3	-0,5	3,2 **	-0,1
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	0,4	2,9	-2,5	-0,8	-2,1	-3,0 ***
Q3	-8,1 ***	-1,6	-6,3 **	-1,2	-4,5 **	-7,1 ***
Q4	-11,3 ***	-10,5 ***	-12,2 ***	-6,5 ***	-9,6 ***	-8,9 ***
R2	17,4	14,4	13,1	9,9	11,4	5,7

Intervalles de confiance des estimations du modèle à probabilité linéaire :

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	[8,2 ; 17,1] ***	[3,5 ; 12,2] ***	[6,8 ; 19,1] ***	[4,2 ; 11,8] ***	[9,5 ; 16,6] ***	[8,7 ; 11,4] ***
15-29	[-10,4 ; -4,7] ***	[-10,6 ; -4,2] ***	[-12,3 ; 5,8] ***	[-7,4 ; -2,5] ***	[-10,0 ; -4,1] ***	[-5,5 ; -3,8] ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	[5,3 ; 12,6] ***	[8,2 ; 15,9] ***	[5,9 ; 18,2] ***	[8,8 ; 17,7] ***	[14,2 ; 25,4] ***	[5,6 ; 7,9] ***
75 +	[33,8 ; 49,1] ***	[27,2 ; 41,4] ***	[25,8 ; 53,7] ***	[18,4 ; 37,1] ***	[34,2 ; 63,9] ***	[11,7 ; 16,4] ***
Femmes	[-2,0 ; 3,6]	[1,9 ; 8,1] ***	[-1,9 ; 4,6]	[-3,2 ; 2,2]	[0,5 ; 5,9] **	[-1,0 ; 0,8]
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	[-4,6 ; 5,4]	[-2,3 ; 8,1]	[-7,8 ; 2,9]	[-5,1 ; 3,5]	[-6,5 ; 2,3]	[-4,5 ; -1,5] ***
Q3	[-12,7 ; -3,5] ***	[-6,5 ; 3,2]	[-11,9 ; -0,7] **	[-5,8 ; 3,3]	[-8,2 ; -0,7] **	[-8,5 ; -5,7] ***
Q4	[-15,9 ; -6,6] ***	[-14,7 ; -6,4] ***	[-18,2 ; -6,2] ***	[-10,8 ; -2,2] ***	[-13,2 ; -5,9] ***	[-10,2 ; -7,5] ***
R2	17,4	14,4	13,1	9,9	11,4	5,7

Lecture > D'après le modèle « logit », un homme âgé entre 30 et 54 ans du premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 11,4 % de se déclarer en « mauvaise » ou « très mauvaise » en Guadeloupe (tableau A1.1). D'après le modèle à probabilité linéaire, cette probabilité est 12,6 %. La valeur estimée issue de la régression « logit » appartient à l'intervalle de confiance au seuil de 5 % de la valeur estimée par le modèle à probabilité linéaire. Dans les deux modélisations, la probabilité estimée est significative au seuil de 1 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A1.2 • Modélisation du fait de déclarer une santé générale « assez bonne », « mauvaise » ou « très mauvaise » en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	36,9 ***	40,1 ***	33,7 ***	32,2 ***	36,9 ***	30,5 ***
15-29	-23,8 ***	-22,4 ***	-17,5 ***	-24,2 ***	-15,5 ***	-14,8 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	21,2 ***	20,9 ***	21,3 ***	22,0 ***	28,6 ***	18,4 ***
75 +	48,4 ***	47,3 ***	42,2 ***	38,4 ***	45,4 ***	35,9 ***
Femmes	4,4 *	7,0 ***	7,5 ***	4,9 **	8,5 ***	1,6 **
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	4,3	-5,0	-0,2	5,1	-1,1	-4,8 ***
Q3	-4,9	-8,5 **	-11,1 ***	-1,6	-3,3	-11,4 ***
Q4	-18,5 ***	-20,5 ***	-10,7 **	-10,5 ***	-15,7 ***	-18,0 ***
R2	21,0	19,8	11,9	16,1	11,0	13,0

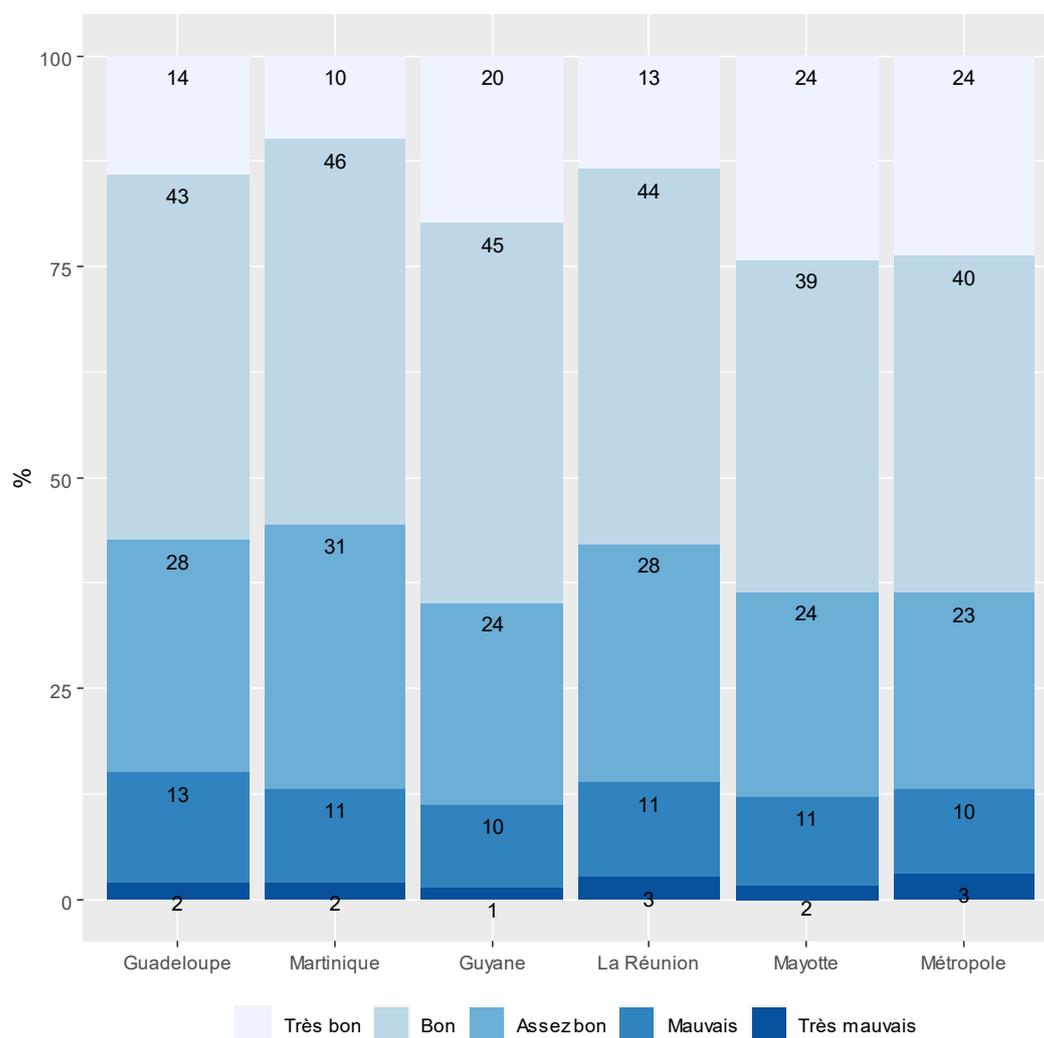
Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 36,9 % de se déclarer en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé. Avoir entre 15 et 29 ans baisse de 23,8 points la probabilité de se déclarer en assez bonne, mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 21,0 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 2. Santé perçue bucco-dentaire

Graphique A2.1 • Santé perçue bucco-dentaire (dents et gencives)

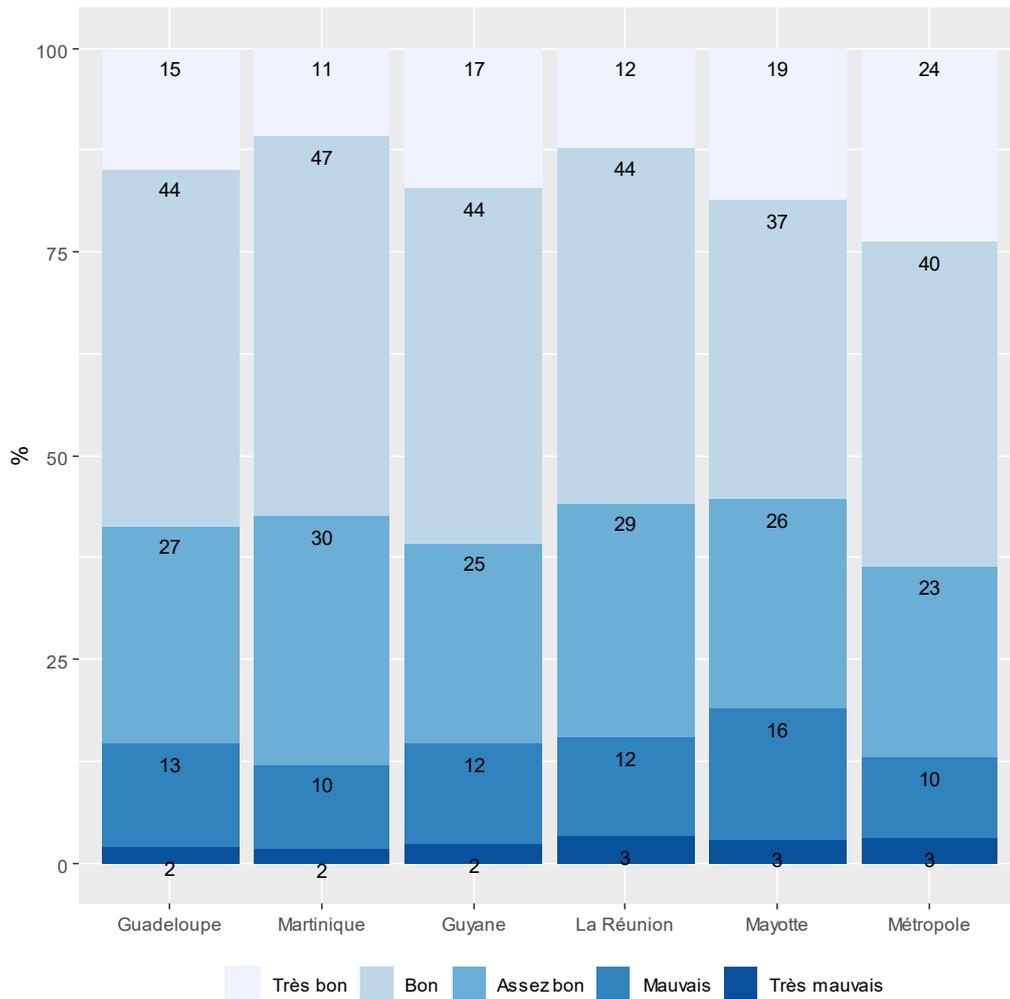


Lecture > En Guadeloupe, 14 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent en très bonne santé bucco-dentaire, 43 % en bonne santé, 28 % en assez bonne santé, 13 % en mauvaise santé et 2 % en très mauvaise santé.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique A2.2 • Santé perçue bucco-dentaire (dents et gencives) standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole



Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 15 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent en très bonne santé bucco-dentaire, 44 % en bonne santé, 27 % en assez bonne santé, 13 % en mauvaise santé et 2 % en très mauvaise santé.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A2.1 • Modélisation du fait de déclarer une santé bucco-dentaire « mauvaise » ou « très mauvaise » en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	15,9 ***	16,4 ***	11,3 ***	18,0 ***	15,9 ***	19,3 ***
15-29	-5,8 ***	-5,6 ***	-6,8 ***	-8,6 ***	-2,5	-8,5 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	8,4 ***	6,2 ***	8,0 **	9,7 ***	10,8 ***	7,3 ***
75 +	30,8 ***	22,8 ***	21,5 ***	21,4 ***	40,5 ***	13,1 ***
Femmes	-3,6 **	-2,7	0,0	-3,3 *	-1,8	-1,7 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	1,1	-5,0 *	2,5	-4,0	-1,5	-5,5 ***
Q3	-6,6 **	-7,3 ***	-2,1	-4,8 *	-4,3 *	-9,3 ***
Q4	-9,4 ***	-10,7 ***	-0,6	-7,6 ***	-8,7 ***	-13,4 ***
R2	9,9	7,2	4,4	6,0	4,8	5,4

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 15,9 % de déclarer une mauvaise ou très mauvaise santé bucco-dentaire. Avoir entre 15 et 29 ans baisse de 5,8 points la probabilité de déclarer une mauvaise ou très mauvaise santé bucco-dentaire par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 9,9 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 3. Douleurs fortes ou très fortes

Tableau A3.1 • Modélisation du fait de déclarer avoir souffert de douleurs « fortes » ou « très fortes » au cours des quatre dernières semaines en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	15,2 ***	15,6 ***	15,7 ***	9,0 ***	10,1 ***	12,1 ***
15-29	-6,7 ***	-8,1 ***	-9,5 ***	-5,9 ***	-3,6 **	-5,1 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	7,8 ***	3,7	9,1 ***	5,4 ***	7,7 ***	3,2 ***
75 +	27,9 ***	16,7 ***	11,9 **	23,4 ***	44,4 ***	10,7 ***
Femmes	4,2 **	8,8 ***	3,6 *	2,3	1,1	3,9 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-3,4	-3,0	-5,6 **	3,6	-0,9	-3,7 ***
Q3	-9,1 ***	-4,3	-4,9	3,2	-2,9	-7,8 ***
Q4	-10,6 ***	-9,4 ***	-11,2 ***	-5,3 **	-3,4 *	-8,6 ***
R2	8,6	5,3	5,6	5,7	5,7	3,7

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 15,2 % de déclarer des douleurs fortes ou très fortes au cours des 4 dernières semaines. Avoir entre 15 et 29 ans baisse de 6,7 points la probabilité de déclarer des douleurs fortes ou très fortes par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 8,6 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 4. Handicap

Tableau A4.1 • Modélisation du fait d'avoir des restrictions d'activités (fortes ou non) en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	27,2 ***	29,4 ***	21,2 ***	13,4 ***	17,0 ***	25,4 ***
15-29	-13,7 ***	-12,3 ***	-12,0 ***	-9,0 ***	-10,6 ***	-11,6 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	15,2 ***	14,7 ***	23,0 ***	16,1 ***	21,5 ***	15,2 ***
75 +	48,6 ***	47,6 ***	48,4 ***	47,5 ***	51,3 ***	33,4 ***
Femmes	0,1	2,2	2,1	2,9	4,1 **	2,1 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	1,2	-4,5	2,3	8,9 ***	3,8	-5,1 ***
Q3	-6,6 **	-11,2 ***	-8,2 **	1,8	-2,0	-10,3 ***
Q4	-13,1 ***	-14,8 ***	-12,1 ***	-3,3	-7,8 ***	-13,4 ***
R2	15,9	15,4	14,1	13,3	10,9	10,5

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 27,2 % d'avoir des restrictions d'activités fortes ou pas fortes. Avoir entre 15 et 29 ans baisse de 13,7 points la probabilité d'avoir des restrictions d'activités par rapport à avoir entre 30 et 54 ans. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 15,9 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.2 • Fréquence brute des difficultés de vue selon leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	19%	5%	19%	4%
Martinique	26%	6%	25%	6%
Guyane	20%	6%	22%	8%
La Réunion	16%	4%	16%	4%
Mayotte	21%	5%	28%	9%
Métropole	17%	2%	17%	2%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture : Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 19 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées de vue. Sans standardisation, le niveau est le même.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.3 • Taux d'équipement par des lunettes ou des lentilles selon l'âge

	Taux d'équipement pour la vue		
	Standardisé	15-54 ans	55 ans ou plus
Guadeloupe	67%	58%	84%
Martinique	67%	58%	87%
Guyane	59%	40%	83%
La Réunion	58%	47%	77%
Mayotte	23%	15%	36%
Métropole	70%	56%	92%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 58 % des 15-54 ans ont des lunettes ou des lentilles. C'est le même niveau qu'en métropole. En revanche, 84 % des 55 ans ou plus ont des lunettes ou des lentilles, c'est moins qu'en métropole où le taux est de 92 %. La part de la population qui a des lunettes est 67 % une fois la structure par âge de la population calée sur celle de la métropole.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.4 • Fréquence brute des difficultés pour entendre dans une pièce où il y a du bruit selon leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	16%	4%	16%	4%
Martinique	21%	6%	21%	5%
Guyane	12%	2%	14%	4%
La Réunion	19%	6%	20%	7%
Mayotte	21%	3%	25%	7%
Métropole	23%	6%	23%	6%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 16 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour entendre dans une pièce où il y a du bruit. Sans standardisation, le niveau est le même.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.5 • Fréquence brute des difficultés pour croquer un aliment dur selon leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	11%	6%	10%	5%
Martinique	12%	6%	11%	6%
Guyane	9%	3%	11%	5%
La Réunion	9%	6%	10%	7%
Mayotte	12%	5%	15%	11%
Métropole	9%	5%	9%	5%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 10 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour croquer des aliments durs. Sans standardisation, le niveau est 11 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.6 • Fréquence brute des difficultés pour marcher 500 mètres leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	9%	9%	9%	9%
Martinique	7%	10%	6%	9%
Guyane	7%	6%	10%	10%
La Réunion	6%	8%	7%	10%
Mayotte	9%	6%	12%	17%
Métropole	5%	4%	5%	4%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 9 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour marcher 500 mètres. Sans standardisation, le niveau est le même.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > Source : DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.7 • Fréquence brute des difficultés pour monter ou descendre une douzaine de marches d'escalier leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	10%	10%	10%	10%
Martinique	10%	11%	9%	10%
Guyane	8%	6%	11%	10%
La Réunion	6%	8%	7%	10%
Mayotte	10%	7%	14%	18%
Métropole	6%	5%	6%	5%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 10 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour monter ou descendre une douzaine de marches. Sans standardisation, le niveau est le même.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > Source : DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES

Tableau A4.8 • Fréquence brute des difficultés pour se souvenir ou se concentrer selon leur gravité et standardisée sur la structure par âge de la population vivant en métropole

	Fréquence brute		Fréquence standardisée	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	21%	4%	21%	4%
Martinique	28%	6%	27%	5%
Guyane	22%	4%	22%	6%
La Réunion	20%	4%	21%	5%
Mayotte	15%	4%	19%	8%
Métropole	21%	3%	21%	3%

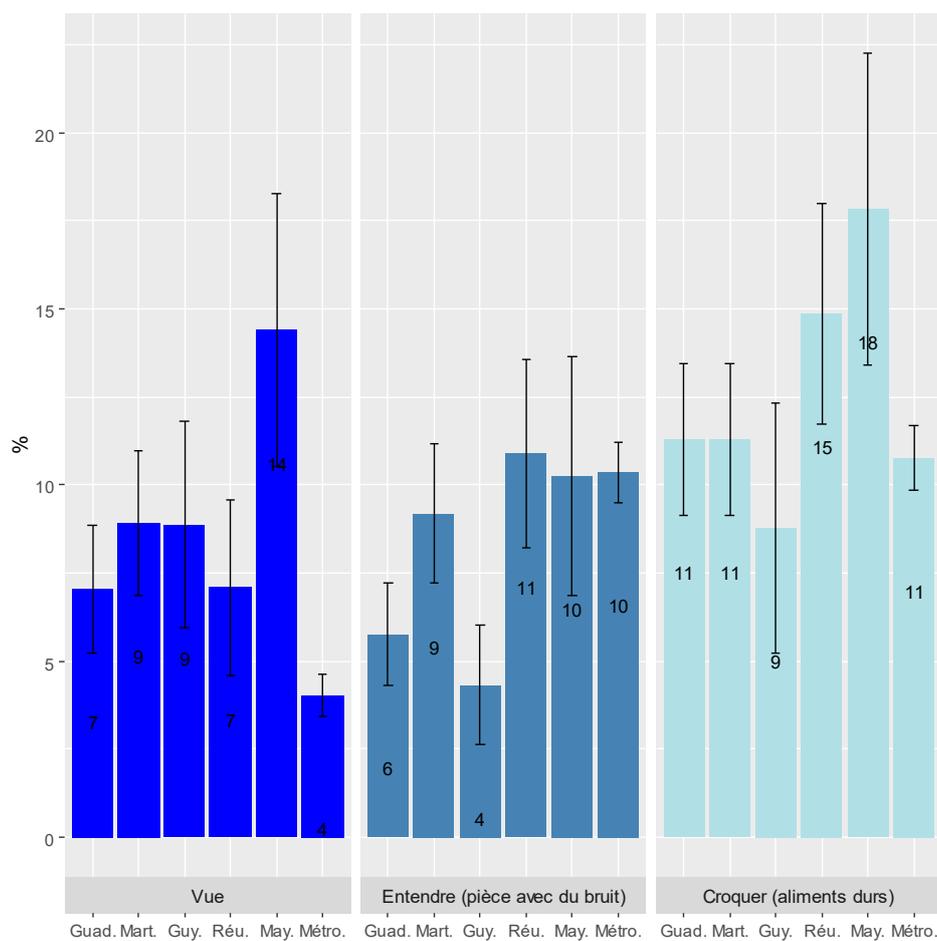
Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 21 % des Guadeloupéens âgés de 15 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour se souvenir ou se concentrer. Sans standardisation, le niveau est le même.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique A4.1 • Fréquence des limitations sévères relatives à la vue, l'audition et la mastication parmi la population âgée de 55 ans ou plus



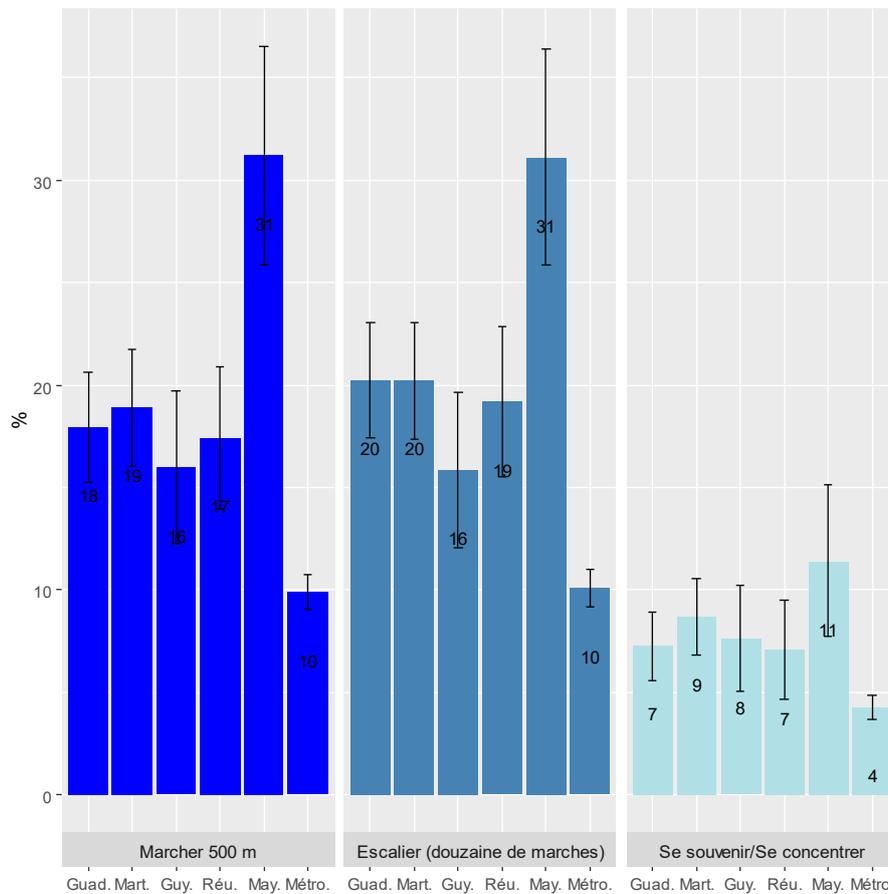
Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 7 % de la population âgées de 55 ans ou plus déclarent des limitations sévères relatives à la vue, 6 % des difficultés sévères pour entendre ce qui se dit dans une pièce où il y a du bruit et 11 % des difficultés sévères pour croquer des aliments durs.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Graphique A4.2 • Fréquence des limitations sévères relatives à la marche, au fait de monter ou descendre une douzaine de marches et au fait de se souvenir ou de se concentrer parmi la population âgée de 55 ans ou plus



Note > L'intervalle de confiance au seuil de 5 % est représenté sur le graphique.

Lecture > En Guadeloupe, 18 % des personnes âgées de 55 ans ou plus déclarent des limitations sévères pour marcher 500 mètres, 20 % pour monter ou descendre une douzaine de marches et 7 % pour se souvenir ou se concentrer.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.9 • Fréquence des difficultés dans les activités de la vie quotidienne selon leur gravité, standardisé sur la structure par âge de la population de 55 ou plus vivant en métropole

	Manger		Se coucher, s'asseoir ou se relever		S'habiller ou se déshabiller		Aller aux toilettes		Prendre une douche ou un bain	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	5%	1%	10%	5%	8%	5%	5%	4%	6%	4%
Martinique	4%	3%	12%	7%	8%	6%	4%	5%	4%	6%
Guyane	7%	3%	8%	6%	7%	5%	4%	4%	4%	5%
La Réunion	3%	2%	10%	6%	7%	5%	3%	4%	5%	6%
Métropole	3%	1%	8%	2%	6%	3%	3%	1%	5%	4%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 5 % des Guadeloupéens âgés de 55 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour manger.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A4.10 • Fréquence des difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne selon leur gravité, standardisé sur la structure par âge de la population de 55 ou plus vivant en métropole

	Préparer à manger		Utiliser le téléphone		Faire des courses		Prendre seul ses médicaments	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	4%	7%	3%	5%	6%	12%	4%	5%
Martinique	5%	6%	3%	4%	5%	9%	2%	5%
Guyane	5%	7%	5%	6%	7%	11%	5%	7%
La Réunion	4%	7%	5%	6%	4%	14%	3%	7%
Métropole	3%	2%	3%	2%	5%	6%	2%	2%

	Faire des tâches ménagères légères		Faire des tâches ménagères lourdes		Faire des démarches administratives	
	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères	Modérées	Sévères
Guadeloupe	9%	9%	13%	21%	11%	18%
Martinique	7%	7%	13%	18%	12%	15%
Guyane	8%	11%	10%	21%	9%	27%
La Réunion	6%	9%	13%	24%	10%	21%
Métropole	5%	4%	13%	12%	8%	6%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > Une fois la structure par âge de la Guadeloupe calée sur celle de la métropole, 4 % des Guadeloupéens âgés de 55 ans ou plus déclarent des difficultés modérées pour préparer à manger.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 5. Modélisation plus complète relative aux symptômes dépressifs

Tableau A5.1 • Modélisation plus complète de la présence de symptômes dépressifs

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	10,4 ***	11,0 ***	13,4 ***	8,9 ***	21,3 ***	7,5 ***
15-29	2,0	-3,6	3,7	-0,4	4,6 *	1,9 **
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	2,6	-4,5 *	-0,5	-0,6	-7,3 ***	-0,5
75 +	1,9	0,6	-0,4	-2,7	12,8	1,0
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Femmes	2,1	3,6 *	8,4 ***	0,5	0,4	2,0 ***
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-0,4	6,4 **	0,6	1,8	-2,8	-1,9 **
Q3	-5,1 *	1,7	-1,0	-5,0 **	-5,7 *	-2,5 ***
Q4	-6,5 **	0,7	-9,3 **	-5,0 *	-9,7 ***	-3,4 ***
Chômage	1,0	-0,3	7,1 *	0,1	-1,8	5,1 ***
Inactif (hors retraité)	0,3	-1,5	8,4 *	0,6	4,2	11,4 ***
En emploi, étudiants, retraité	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Vit seul	0,6	2,4	4,2	7,2 **	1,2	3,9 ***
Famille monoparentale	6,9 **	4,4	-1,3	3,8	-1,0	2,8 **
Couple sans enfant	0,4	-4,6	-6,4 **	0,8	5,2	-0,4
Couple avec enfant(s)	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Autre	1,1	3,1	3,6	-0,9	3,2	2,6
Tabac tous les jours	0,4	3,3	1,5	4,8 *	-4,9 *	3,3 ***
Tabac : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Handicapé	12,9 ***	20,4 ***	10,5 **	21,6 ***	7,3	18,2 ***
Restrictions d'activité pas fortes	6,8 **	11,7 ***	5,9	5,8 **	6,7 **	8,5 ***
Pas de restrictions d'activité	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fait du sport toutes les semaines	0,2	-5,0 **	-6,8 ***	-1,5	-1,6	-3,0 ***
Sport : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
R2	3,7	6,7	7,8	6,2	3,0	6,9

Note > Les réponses des proxys n'ont pas été intégrées dans la modélisation des symptômes dépressifs.

Lecture > En Guadeloupe, une personne correspondant à la situation de référence a une probabilité de 10,4 % de présenter des symptômes dépressifs. Être handicapé augmente cette probabilité de 12,9 points.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 6. Indicateurs relatifs au tabac

Tableau A6.1 • Fréquence de la consommation de tabac

	Part de fumeurs quotidiens	Part de fumeurs occasionnels	Part des 15 ans ou plus ayant fumé dans le passé	Part des 15 ans ou plus n'ayant jamais fumé
Guadeloupe	10%	5%	15%	70%
Martinique	9%	6%	19%	66%
Guyane	10%	5%	13%	71%
La Réunion	16%	8%	22%	54%
Mayotte	11%	5%	8%	76%
Métropole	19%	5%	29%	47%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 10 % des personnes âgées de 15 ans ou plus fument tous les jours. L'écart avec le niveau de la métropole (19 %) est significatif.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A6.2 • Intensité de la consommation de tabac

	Nombre moyen de cigarettes (fumeurs quotidiens de cigarettes)	Part de fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour parmi les fumeurs quotidiens
Guadeloupe	10,3	16 %
Martinique	9,3	11 %
Guyane	12,1	26 %
La Réunion	11,4	21 %
Mayotte	12,0	24 %
Métropole	12,4	23 %

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, les fumeurs quotidiens fument en moyenne 10,3 cigarettes par jour. L'écart est significatif par rapport à la métropole. Parmi les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans ou plus, 16 % fument quotidiennement au moins 20 cigarettes par jour. L'écart n'est pas significatif par rapport à la métropole.

Champ > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A6.3 • Fréquence de la consommation de l'e-cigarette

	Part de vapoteurs quotidiens	Part de vapoteurs occasionnels	Part des 15 ans ou plus ayant vapoté dans le passé	Part des 15 ans ou plus n'ayant jamais vapoté
Guadeloupe	1%	3%	5%	91%
Martinique	1%	2%	6%	91%
Guyane	2%	3%	7%	88%
La Réunion	2%	3%	8%	87%
Mayotte	1%	3%	4%	92%
Métropole	3%	3%	9%	84%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 1 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vapotent quotidiennement. L'écart avec la métropole (3 %) est significatif au seuil de 5 %.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 7. Indicateurs sur l'alimentation

Tableau A7.1 • Fréquence de la consommation de fruits

	Tous les jours	4 à 6 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
Guadeloupe	45%	20%	22%	10%	2%
Martinique	39%	20%	26%	13%	2%
Guyane	30%	17%	32%	17%	3%
La Réunion	42%	14%	25%	14%	5%
Mayotte	16%	8%	26%	45%	5%
Métropole	59%	16%	17%	6%	3%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 45 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent manger des fruits tous les jours.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A7.2 • Fréquence de la consommation de légumes

	Tous les jours	4 à 6 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
Guadeloupe	38%	24%	27%	9%	2%
Martinique	35%	26%	28%	9%	2%
Guyane	35%	23%	30%	9%	2%
La Réunion	44%	21%	27%	6%	2%
Mayotte	9%	11%	43%	34%	3%
Métropole	63%	22%	13%	2%	1%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 38 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent manger des légumes tous les jours.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A7.3 • Fréquence de la consommation de boissons industrielles sucrées

	Tous les jours	4 à 6 fois par semaine	1 à 3 fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
Guadeloupe	12%	9%	18%	26%	36%
Martinique	9%	7%	17%	27%	39%
Guyane	16%	10%	25%	24%	25%
La Réunion	13%	5%	23%	26%	34%
Mayotte	15%	12%	26%	29%	17%
Métropole	10%	5%	16%	21%	49%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 12 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent boire des boissons industrielles sucrées tous les jours.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 8. Indicateurs relatifs à la pratique d'une activité physique et sportive

Tableau A8.1 • Fréquence de la pratique d'au moins un trajet d'au moins 10 minutes à pied ou à vélo

	Au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine			Au moins un trajet de 10 minutes ou plus à vélo par semaine		
	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
Guadeloupe	55%	60%	57%	2%	13%	7%
Martinique	56%	58%	57%	3%	5%	4%
Guyane	64%	66%	65%	10%	26%	17%
La Réunion	65%	65%	65%	2%	17%	9%
Mayotte	63%	77%	70%	2%	9%	5%
Métropole	81%	82%	81%	11%	20%	15%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 55 % des femmes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire au moins un trajet de 10 minutes ou plus à pied par semaine.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.2 • Modélisation du fait de pratiquer au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	28,1 ***	17,5 ***	32,4 ***	36,5 ***	57,0 ***	32,4 ***
15-29	-0,8	-0,1	0,1	-7,9 ***	-7,1 ***	0,9
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	1,9	6,0 **	-1,5	0,4	-12,1 ***	10,9 ***
75 +	-11,8 ***	-6,5 **	-8,4	-14,8 ***	-26,2 ***	-0,5
Femmes	-10,6 ***	-5,0 **	-11,3 ***	-13,3 ***	-28,2 ***	-9,3 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-4,9 *	1,5	3,1	0,1	-4,5	-0,9
Q3	-3,1	3,3	-3,7	-7,9 **	-7,9 **	0,1
Q4	-6,9 **	0,5	-8,2 **	-4,2	-16,7 ***	2,9 **
R2	3,3	1,7	2,7	4,0	11,4	2,3

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 28,1 % de pratiquer au moins 30 minutes de marche ou de vélo par jour. Avoir entre 15 et 29 ans ne modifie pas significativement cette probabilité. Le R2 de la régression est 3,3 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.3 • Fréquence de la pratique d'un sport parmi les 15 ans ou plus

	Femmes	Hommes	Ensemble
Guadeloupe	29%	31%	30%
Martinique	33%	37%	35%
Guyane	22%	41%	31%
La Réunion	33%	37%	35%
Mayotte	12%	32%	21%
Métropole	43%	47%	45%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 29 % des femmes âgées de 15 ans ou plus déclarent faire du sport. C'est significativement moins fréquent qu'en métropole.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.4 • Modélisation du fait de pratiquer un sport en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	23,7 ***	27,0 ***	35,5 ***	38,7 ***	18,3 ***	34,8 ***
15-29	12,9 ***	14,7 ***	15,1 ***	2,6	21,4 ***	17,7 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-4,8 *	-5,2 *	-16,5 ***	-14,6 ***	-8,1 ***	-9,0 ***
75 +	-19,4 ***	-17,9 ***	-25,8 ***	-25,2 ***	-14,7 ***	-25,0 ***
Femmes	-0,4	-2,5	-17,7 ***	-4,3 *	-20,2 ***	-2,3 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-1,0	1,2	-3,1	-1,7	0,2	7,7 ***
Q3	8,4 **	13,9 ***	3,0	1,7	7,1 **	16,3 ***
Q4	22,6 ***	26,7 ***	17,3 ***	12,5 ***	17,4 ***	26,6 ***
R2	7,6	8,6	12,0	4,6	15,8	9,2

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 23,7 % de pratiquer du sport. Avoir entre 15 et 29 ans augmente cette probabilité de 12,9 points. Le R2 de la régression est 7,6 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.5 • Modélisation du fait de pratiquer au moins 150 minutes de sport par semaine parmi les 18-64 ans en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	18,2 ***	21,2 ***	24,5 ***	33,4 ***	11,8 ***	25,1 ***
18-29	10,5 **	7,4	8,9 ***	-1,4	13,4 ***	10,8 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-64	-5,2 *	-10,2 ***	-8,9 ***	-7,6 **	-3,2	-1,7
Femmes	-7,1 ***	-7,7 ***	-16,6 ***	-13,0 ***	-15,5 ***	-11,4 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	1,1	3,3	0,3	-1,4	1,8	4,0 ***
Q3	4,3	4,1	4,6	-2,4	6,2 **	9,0 ***
Q4	18,3 ***	14,0 ***	6,1 *	7,8 *	12,1 ***	13,4 ***
R2	5,2	4,5	6,8	3,4	10,4	3,9

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 18,2 % de pratiquer au moins 150 minutes de sport par semaine. Avoir entre 18 et 29 ans augmente cette probabilité de 10,5 points. L'effet est significatif au seuil de 5 %. Le R2 de la régression est 5,2 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.6 • Fréquence de la pratique d'un sport parmi les 18-64 ans selon la durée par semaine**Ensemble**

	Aucun sport ou pendant moins de 10 min	Moins de 60 min	Entre 60 et 150 min	Entre 150 et 300 min	Plus de 300 min
Guadeloupe	62%	3%	15%	10%	11%
Martinique	61%	3%	15%	9%	12%
Guyane	62%	5%	14%	10%	10%
La Réunion	60%	2%	12%	14%	12%
Mayotte	79%	1%	7%	7%	6%
Métropole	47%	4%	21%	15%	13%

Femmes

	Aucun sport ou pendant moins de 10 min	Moins de 60 min	Entre 60 et 150 min	Entre 150 et 300 min	Plus de 300 min
Guadeloupe	65%	3%	15%	11%	6%
Martinique	64%	3%	16%	8%	9%
Guyane	72%	5%	11%	7%	5%
La Réunion	65%	2%	13%	12%	8%
Mayotte	90%	0%	4%	3%	2%
Métropole	51%	5%	22%	14%	8%

Hommes

	Aucun sport ou pendant moins de 10 min	Moins de 60 min	Entre 60 et 150 min	Entre 150 et 300 min	Plus de 300 min
Guadeloupe	57%	3%	14%	10%	16%
Martinique	58%	3%	14%	11%	15%
Guyane	49%	5%	17%	13%	15%
La Réunion	54%	2%	11%	16%	16%
Mayotte	67%	1%	10%	12%	10%
Métropole	43%	4%	20%	16%	18%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 62 % des personnes âgées de 18-64 ans déclarent ne faire aucun sport ou moins de 10 minutes de sport par semaine. C'est significativement plus fréquent qu'en métropole.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A8.7 • Modélisation du fait de pratiquer au moins deux jours de renforcement musculaire par semaine parmi les 18 ans ou plus en fonction de l'âge, du sexe et du quartile local de niveau de vie

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	8,0 ***	14,9 ***	12,8 ***	14,7 ***	2,2 *	14,3 ***
18-29	11,4 ***	12,3 ***	7,6 ***	10,5 ***	6,1 ***	13,9 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-4,3 ***	-5,0 **	-8,2 ***	-5,5 ***	-0,6	-4,0 ***
75 +	-8,8 ***	-6,3 ***	-5,3	-8,0 ***	-1,3 *	-7,6 ***
Femmes	-3,2 **	-6,9 ***	-8,8 ***	-8,0 ***	-4,0 ***	-4,3 ***
Hommes	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	1,3	-2,6	-1,1	1,7	0,2	1,3
Q3	3,4 *	2,4	2,9	0,8	0,8	4,7 ***
Q4	7,9 ***	6,1 **	8,9 ***	3,3	6,6 ***	6,9 ***
R2	5,4	5,3	6,2	4,9	4,8	4,0

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile local de niveau de vie a une probabilité de 8,0 % de faire au moins deux jours de renforcement musculaire par semaine. Avoir entre 18 et 29 ans augmente cette probabilité de 11,4 points. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 5,4 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Annexe 9. Redressement des distributions des tailles et des poids à Mayotte

Ce travail a été mené à l'aide des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France. Dans le volet questionnaire de cette enquête, une partie des 4 643 Mahorais enquêtés ont pu déclarer leur poids et leur taille. Une fois pondéré, 54 % des hommes connaissaient leur poids et ont accepté de le déclarer à l'enquêteur, 59 % leur taille. Pour les femmes, les niveaux sont respectivement 46 % et 42 %. Par la suite, parmi ces personnes enquêtées, 2 993 ont été vues par un infirmier. Elles ont été pesées et mesurées pour la plupart ce qui permet de disposer de données mesurées et déclarées concernant le poids pour un échantillon de 1 457 personnes et concernant la taille pour 1 445 personnes.

L'utilisation de ces données pour redresser les distributions de la taille et du poids de l'enquête santé européenne à Mayotte a suivi les étapes suivantes :

1) Estimation de la probabilité de déclarer son poids ou sa taille dans l'enquête Unono wa maore

Le modèle est estimé dans le but de prédire ensuite si le poids et la taille ont été déclarés plutôt que mesurés dans l'enquête santé européenne. Les variables explicatives choisies sont donc communes aux deux enquêtes. Les variables suivantes ont été considérées : âge, diplôme, situation de couple, typologie Insee des villages relativement aux conditions de vie (Thibault, 2019), eau courante dans le logement, visite d'un médecin dans l'année, lieu de naissance. Les estimations ont été menées séparément pour le poids et la taille et pour les femmes et les hommes. Les modèles ont été ajustés au mieux comme leur objet était de servir pour la prédiction. Ainsi, lorsqu'aucune modalité n'était significative, la variable a été retirée de la régression. Les résultats sont présentés dans le tableau A9.1. Il est constaté que le fait de connaître et de bien vouloir déclarer à l'enquêteur son poids ou sa taille augmente avec le niveau de diplôme, le fait de disposer de l'eau courante et d'avoir vu un médecin dans l'année. Les plus jeunes déclarent moins fréquemment leur poids ou taille. Habiter dans un village aux conditions de vie favorables est lié positivement au fait de déclarer son poids et sa taille. L'effet est significatif sauf pour le poids parmi les hommes. En ce qui concerne le lieu de naissance, le fait d'être né en France hors Mayotte est associé positivement au fait de déclarer son poids et sa taille pour les femmes. L'effectif de personnes dans l'échantillon est très faible, si bien que l'effet n'est pas significatif pour les hommes. Il y a également un effet positif du fait d'être né aux Comores sur la probabilité de déclarer sa taille pour les femmes. Cela peut être lié au fait que la taille est inscrite sur les cartes d'identité comorienne. L'étude de ces modèles montre que ne pas déclarer son poids et sa taille est sans doute en général plus à mettre en relation avec une méconnaissance de son poids et de sa taille qu'avec une quelconque réticence à les communiquer.

2) Prédiction du fait d'avoir une valeur « déclarée » plutôt que « mesurée » pour le poids ou la taille dans l'enquête santé européenne à Mayotte

Les coefficients de ces régressions ont été appliqués aux données de l'enquête santé européenne. Le calcul de la probabilité d'avoir un poids ou une taille « déclaré » plutôt que « mesuré » dans l'enquête santé européenne a été mené en ne considérant que les coefficients significatifs au moins au seuil de 10 %.

3) Imputation d'une valeur mesurée à partir de la valeur « déclarée » ou « approximée »

Les valeurs considérées comme déclarées étaient ensuite remplacées par des valeurs mesurées. La méthode utilisée est une imputation par hotdeck à l'aide de la correspondance entre valeurs déclarées et mesurées dans l'enquête Unono wa maore.

Pour les femmes, la donneuse de valeur mesurée est sélectionnée parmi celles qui ont la même tranche de valeur déclarée et la même tranche d'âge que la receveuse. Pour les hommes, la même procédure est utilisée. La variable de typologie Insee des villages a pu être en plus introduite pour l'imputation du poids pour les hommes avec l'idée que le poids pouvait être lié aux conditions de vie. Elle n'a pas pu être introduite pour l'imputation des autres valeurs (taille et pour les imputations des valeurs des femmes) car elle restreignait trop le nombre de donneurs si bien que certaines valeurs ne pouvaient pas être imputées. Quelques valeurs n'ont pas pu être imputées, moins de 10 à chaque fois. Dans ce cas, la valeur estimée « déclarée » était conservée. Cela correspondait à des valeurs estimées « déclarée » extrêmes. Les tranches de poids et de tailles considérées étaient centrées sur les valeurs arrondies en 5 ou 10 et étaient fines (153-157 cm ; 158-162 cm ; 163-167 cm ; ... 52-57 kg ; 58-62 kg ; 63-67 kg, ...) et les tranches d'âges étaient larges pour permettre de trouver un donneur (15-24 ans ; 25-44 ans ; 45 ans ou plus). Les seuils qui permettaient de décider si la valeur était considérée comme déclarée ou mesurée ont été choisis au regard des distributions obtenues après imputation de façon à minimiser le nombre d'imputations tout en ayant une distribution relativement lisse. Finalement, il a fallu imputer fréquemment (tableau A9.2). Ce fort taux d'imputation couplé au fait que, dans l'enquête Unono wa maore, seuls environ 50 % des enquêtés connaissaient et déclaraient un poids ou une taille dans l'enquête conduit à penser que les arrondis observés dans l'enquête santé européenne sont pour beaucoup le fruit non de valeurs « déclarées » mais de valeurs « approximées » du fait de la difficulté à utiliser les outils de mesure ou de la façon d'enregistrer, peut-être en arrondissant, la valeur mesurée.

Tableau A9.1 • Modélisation séparée de la probabilité de déclarer son poids et sa taille dans l'enquête Unono wa maore de Santé publique France

	Femmes		Hommes	
	Poids	Taille	Poids	Taille
Constante	17,6 ***	25,1 ***	25,7 ***	40,6 ***
15-19	-7,7 *	-22,8 ***	-23,5 ***	-37,7 ***
20-29	1,8	-4,2	-5,0	-5,3
30-39	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
40-49	-2,1	-9,0 ***	4,9	2,8
50-59	-10,7 ***	-12,7 ***	6,8	0,8
60 +	-19,7 ***	-20,3 ***	0,8	-7,1
Aucun diplôme	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
<Bac	30,7 ***	20,8 ***	19,2 ***	27,2 ***
Bac ou +	41,0 ***	38,0 ***	24,4 ***	32,9 ***
Autre	6,4	1,8	12,6	41,8 ***
Pas en couple	X	Réf.	X	X
En couple	X	-4,6 *	X	X
Typologie Insee Villages : cumulant difficultés	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Typologie Insee Villages : précaire	8,5 ***	5,4 *	7,1 *	5,1
Typologie Insee Villages : sup. à la moy.	13,5 ***	5,6	-0,2	6,2
Typologie Insee Villages : conditions favorables	16,4 ***	12,3 **	8,1	19,8 ***
Pas eau courante	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Eau courante	13,0 ***	6,8 **	18,4 ***	7,7 **
Médecin : pas de visite dans l'année	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Médecin : visite dans l'année	12,4 ***	9,3 ***	17,7 ***	5,7 *
Né à Mayotte	Réf.	Réf.	X	Réf.
Né aux Comores	-8,2 ***	14,5 ***	X	5,3
Né en France hors Mayotte	10,1 **	14,6 ***	X	-8,9
Né: autre	4,9	19,1 ***	X	9,5 *
R2	21,7	18,5	20,2	21,7

Lecture > Pour une femme dans la situation de référence, la probabilité de déclarer son poids dans l'enquête Unono wa maore est 17,6 %. Au lieu de n'avoir aucun diplôme, avoir un diplôme d'un niveau inférieur au baccalauréat augmente cette probabilité de 30,7 points. L'effet est significatif au seuil de 1 %. Le R2 de la régression est 21,7 %.

Champ > Mayotte.

Source > Santé publique France, enquête Unono wa maore, 2018-2019. Traitements DREES.

Tableau A9.2 • Part de valeurs considérées comme « déclarées » ou « approximées » dans l'enquête santé européenne à Mayotte

	Femmes		Hommes	
	Poids	Taille	Poids	Taille
Probabilité à partir de laquelle la valeur est considérée comme « déclarée » ou « approximée »	70 %	25 %	40 %	40 %
Part des imputations dans les données redressées	27 %	90 %	75 %	88 %

Lecture > L'application des coefficients de la régression menée sur l'enquête Unono wa maore conduit à calculer une probabilité pour chaque répondant à l'enquête santé européenne de déclarer son poids ou sa taille. Concernant le poids, il est considéré que la valeur est « déclarée » ou « approximée » si cette probabilité est supérieure à 70 %. Ainsi, 27 % des valeurs de poids pour les femmes dans l'enquête santé européenne sont considérées comme « déclarée » ou « approximée » et vont être remplacée par imputations par une valeur « mesurée » issue de l'enquête Unono wa maore.

Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France.

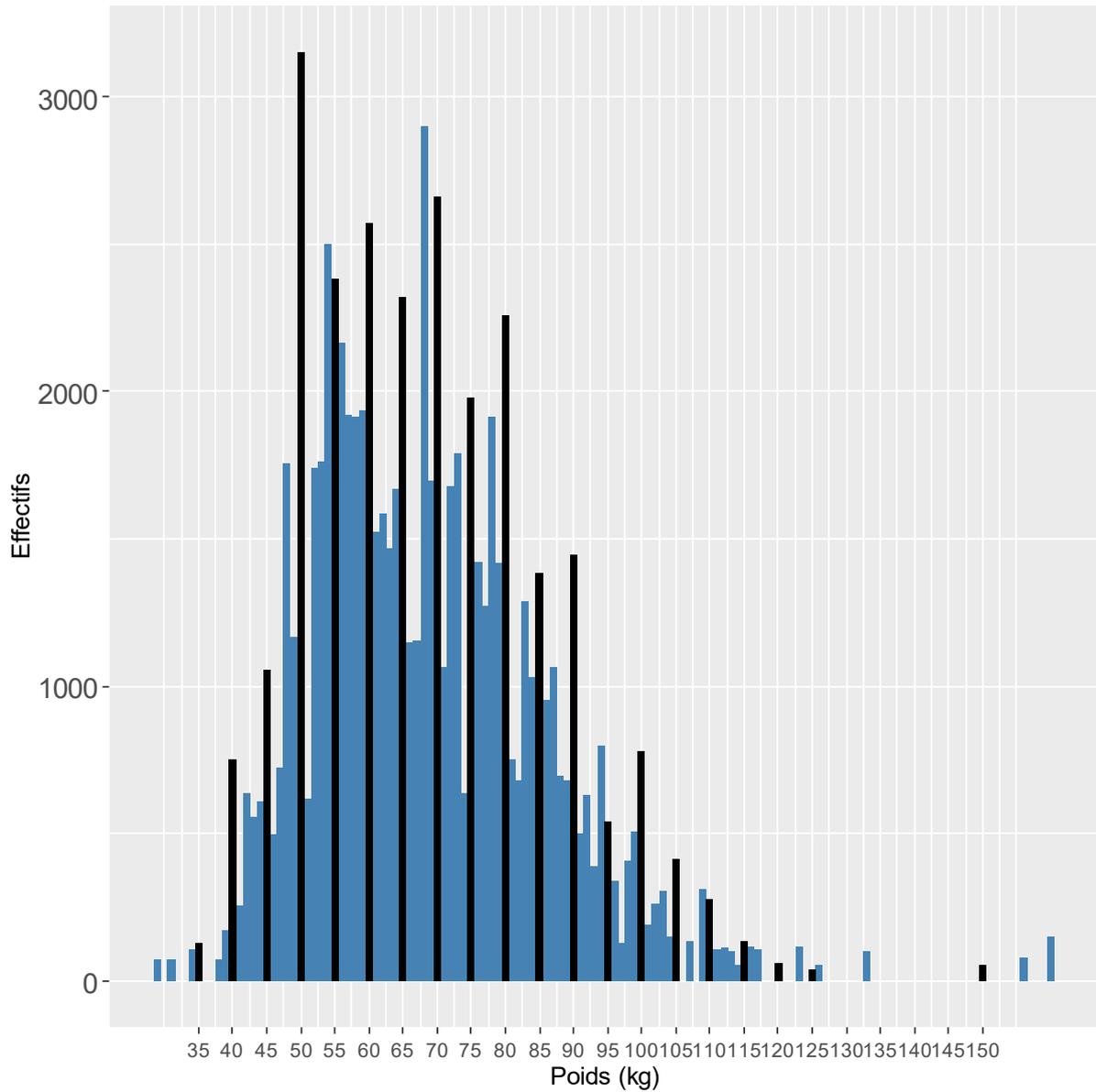
4) Distributions redressées

Les distributions pondérées à partir des données brutes (données originales) et redressées sont présentées dans les graphiques suivants. Les bâtons noirs correspondent aux valeurs des dizaines. Les données montrent que les redressements sont d'autant plus importants pour les distributions des tailles. C'est lié à la difficulté d'utilisation du télémètre. La balance est plus facile d'usage.

Graphique A9.1 • Distributions pondérées à partir des données brutes et redressées de poids et de taille à Mayotte dans l'enquête santé européenne

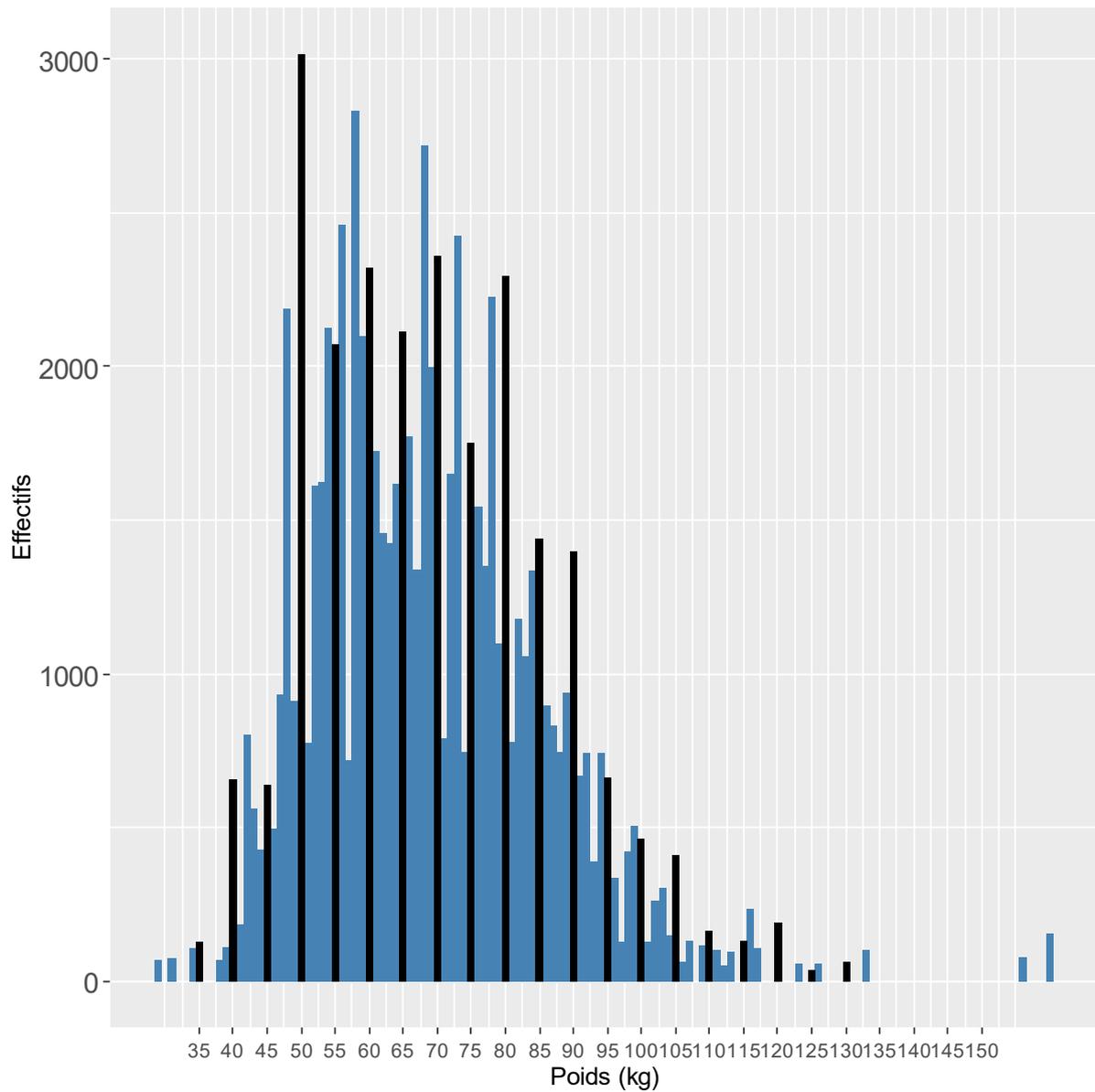
a) Femmes : distribution des poids

Données brutes



Champ > Mayotte.
Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES.

Données redressées

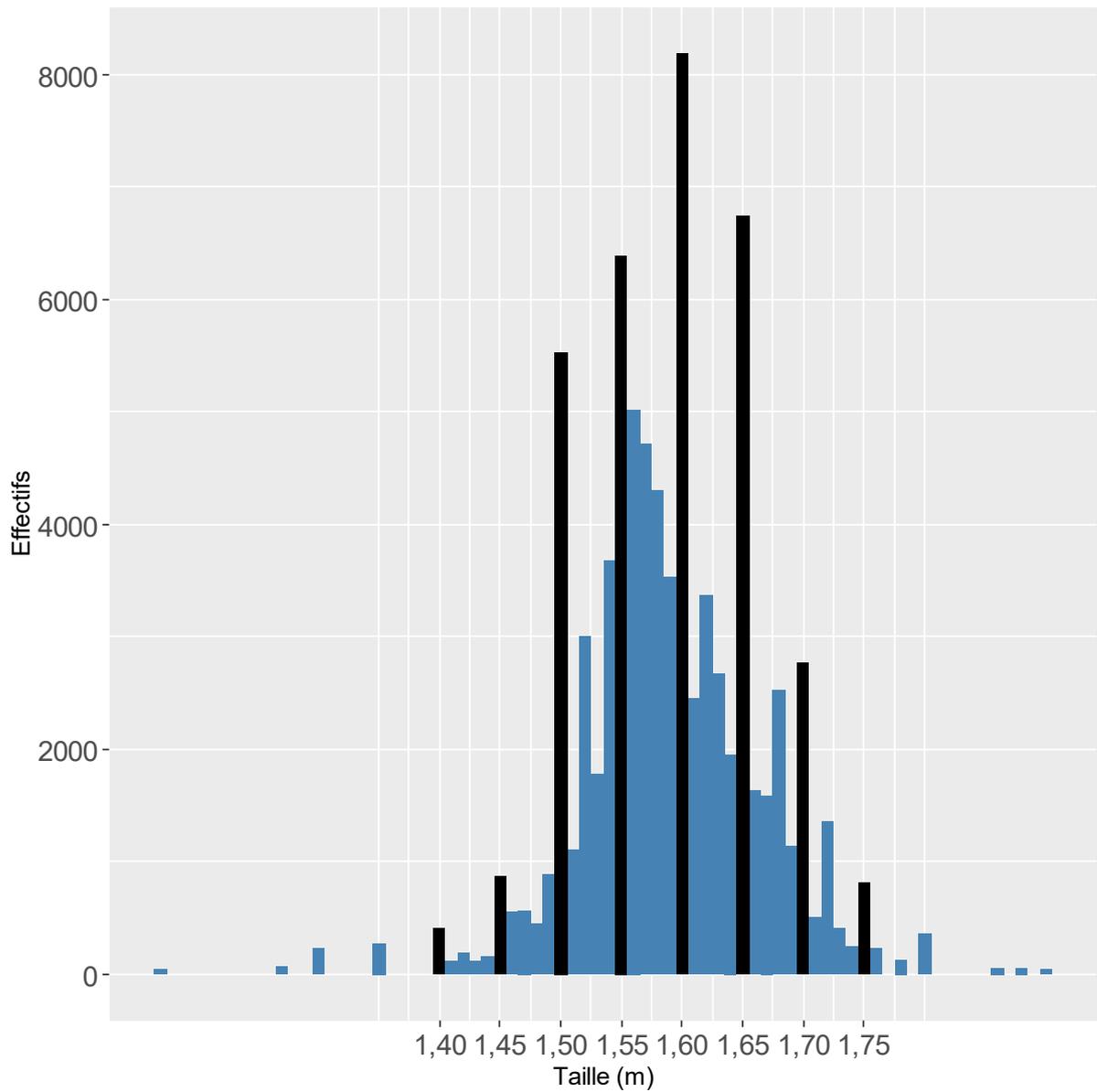


Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unoo wa maore de Santé publique France. Les données de poids ont été collectées avec un niveau de précision de la première décimale dans l'enquête Unoo wa maore alors que ce sont des chiffres entiers dans l'enquête santé européenne. Dans les données redressées de l'enquête santé européenne, il y a des valeurs à décimale issues de l'imputation. Pour ce graphique, les valeurs ont été arrondies à l'entier le plus proche.

b) Femmes : distribution des tailles

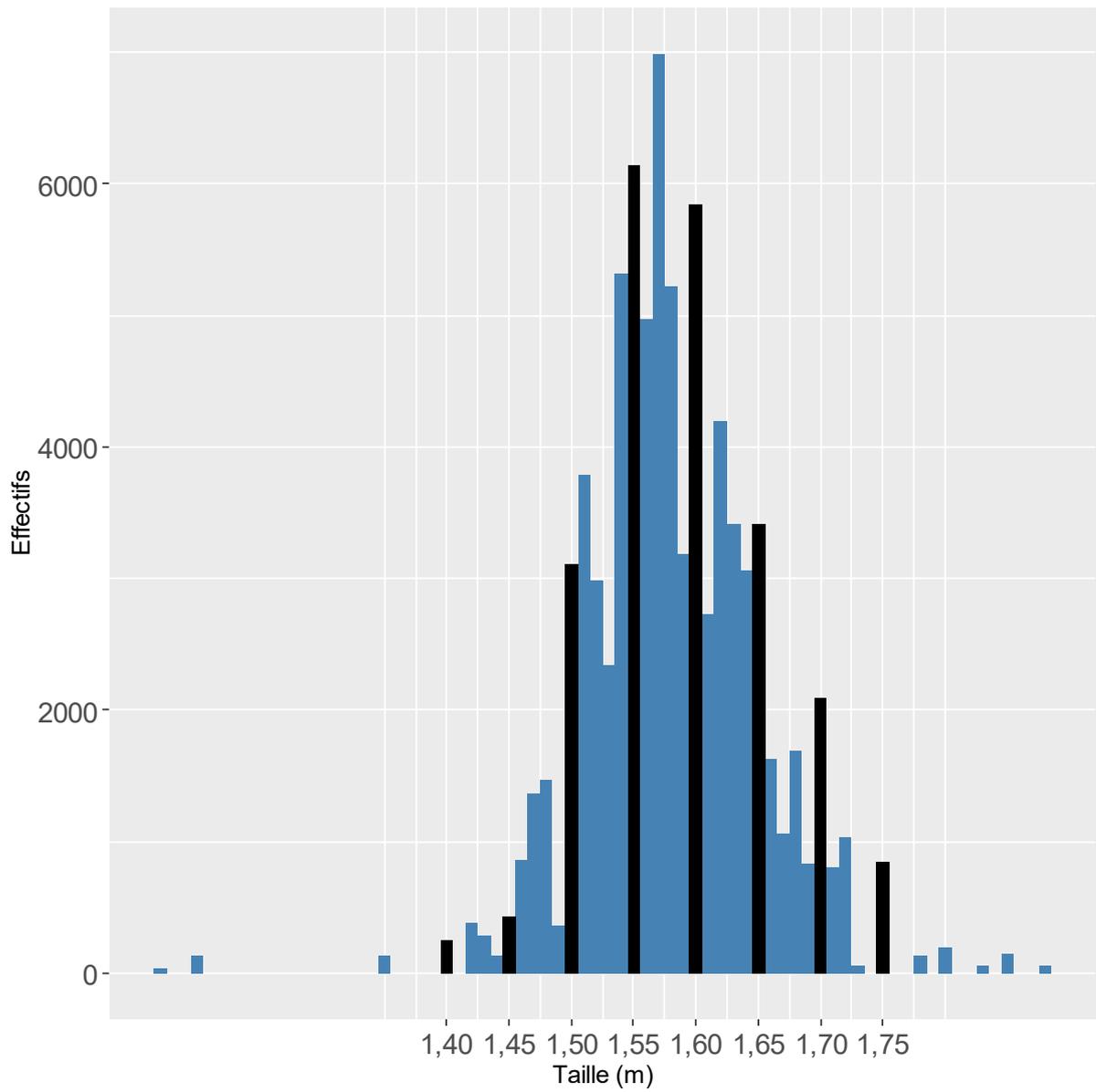
Données brutes



Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES.

Données redressées

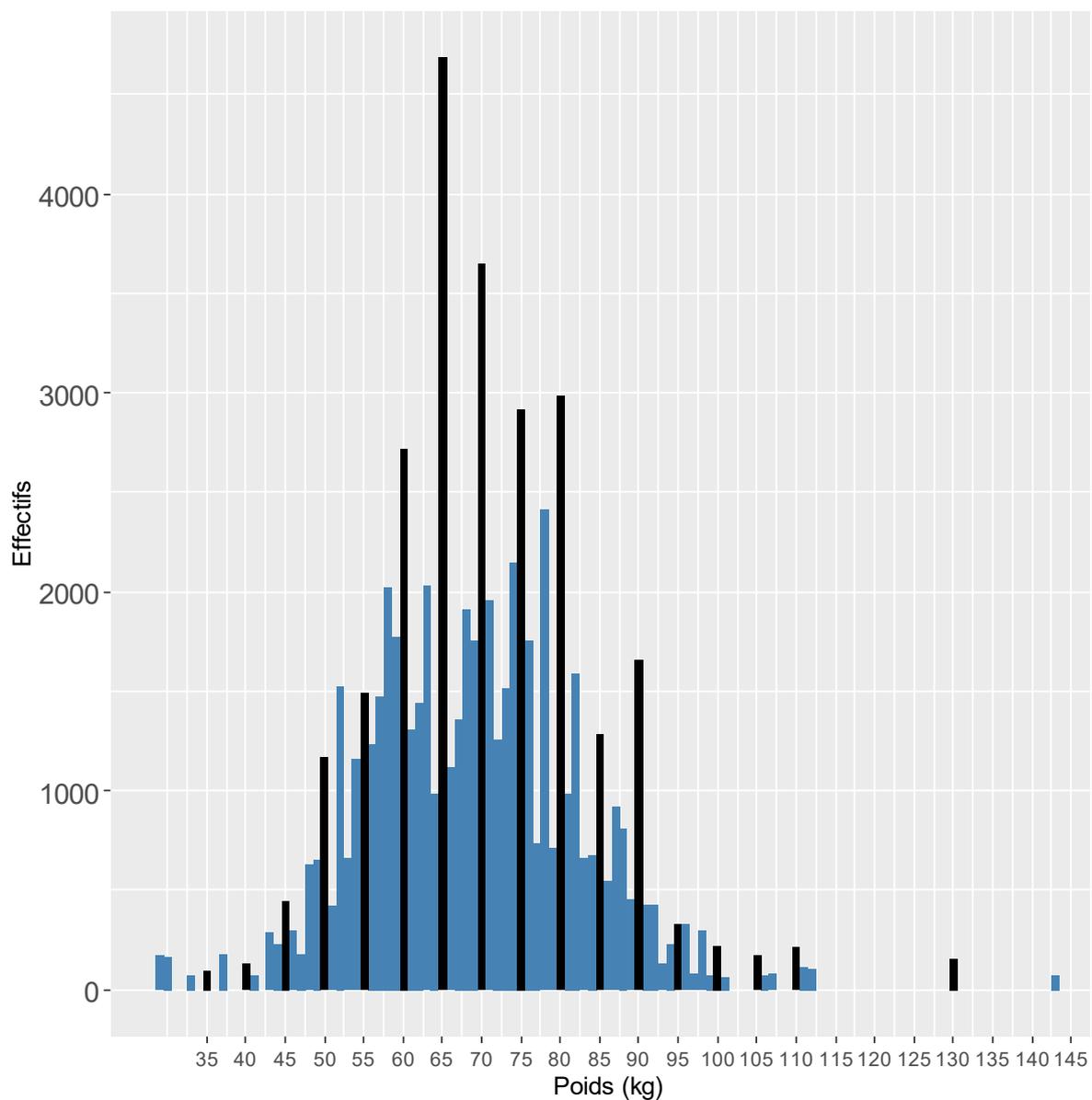


Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France.

c) Hommes : distribution des poids

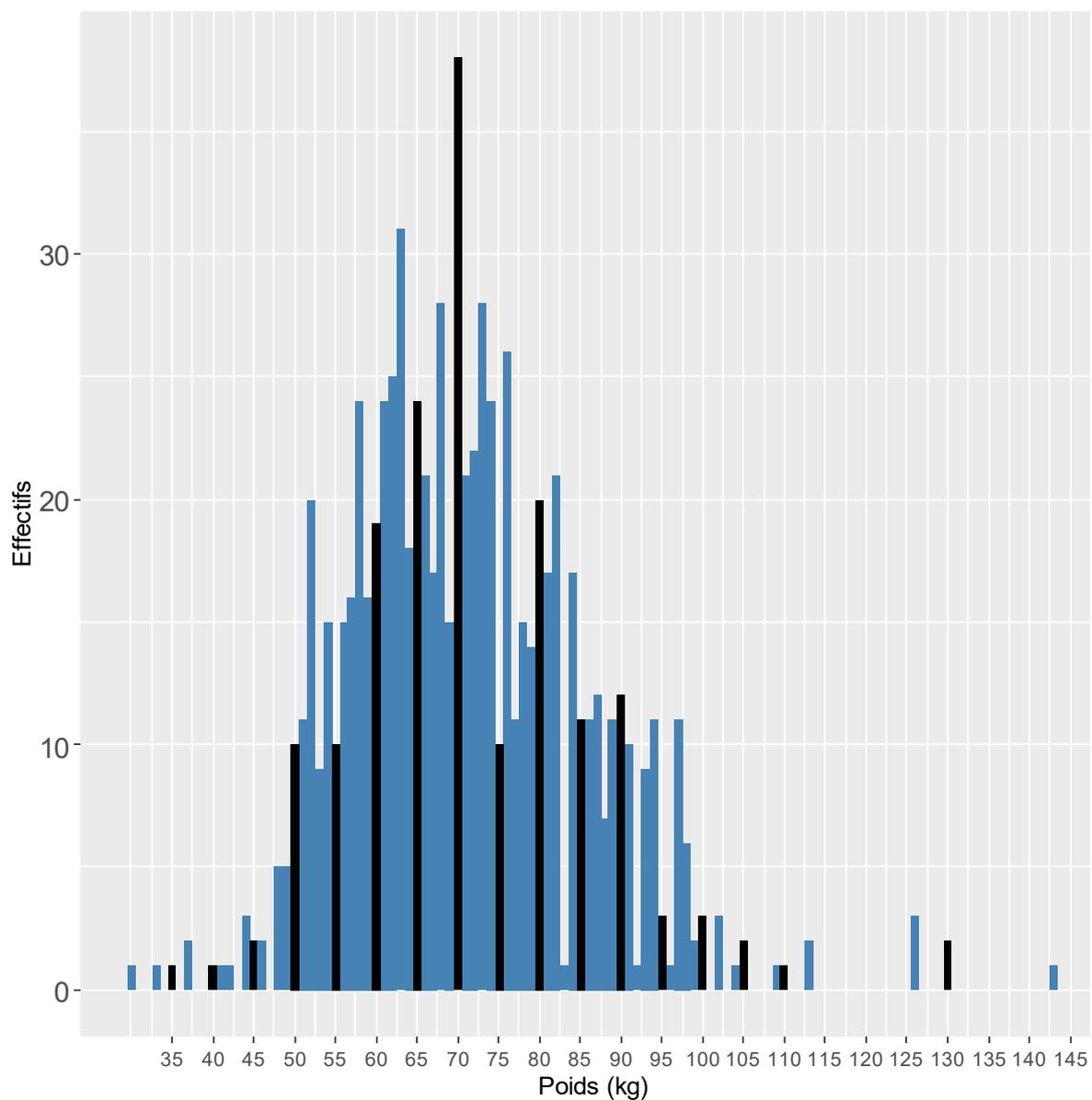
Données brutes



Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES.

Données redressées

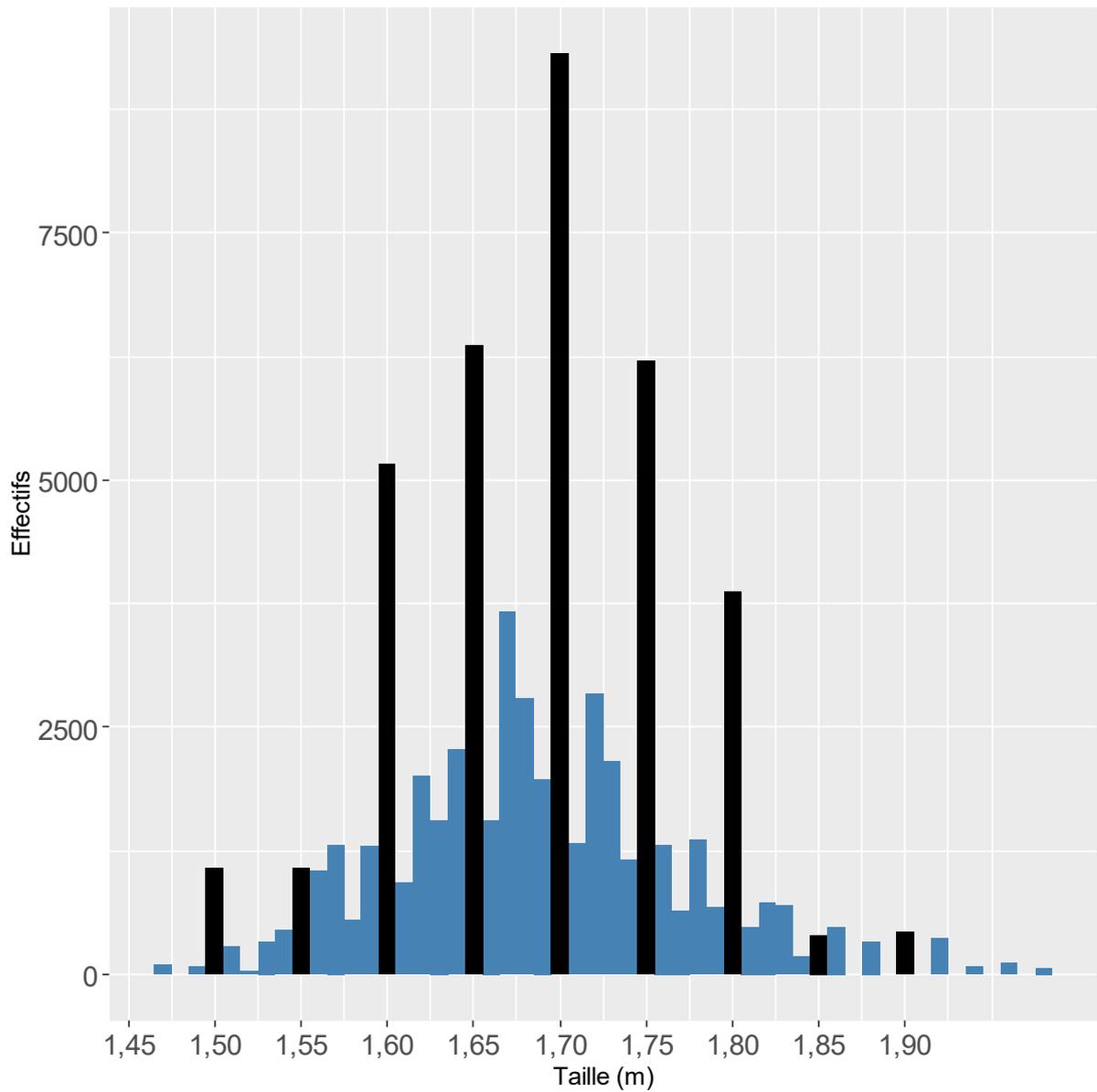


Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France. Les données de poids ont été collectées avec un niveau de précision de la première décimale dans l'enquête Unoo wa maore alors que ce sont des chiffres entiers dans l'enquête santé européenne. Dans les données redressées de l'enquête santé européenne, il y a des valeurs à décimale issues de l'imputation. Pour ce graphique, les valeurs ont été arrondies à l'entier le plus proche.

d) Hommes : distribution des tailles

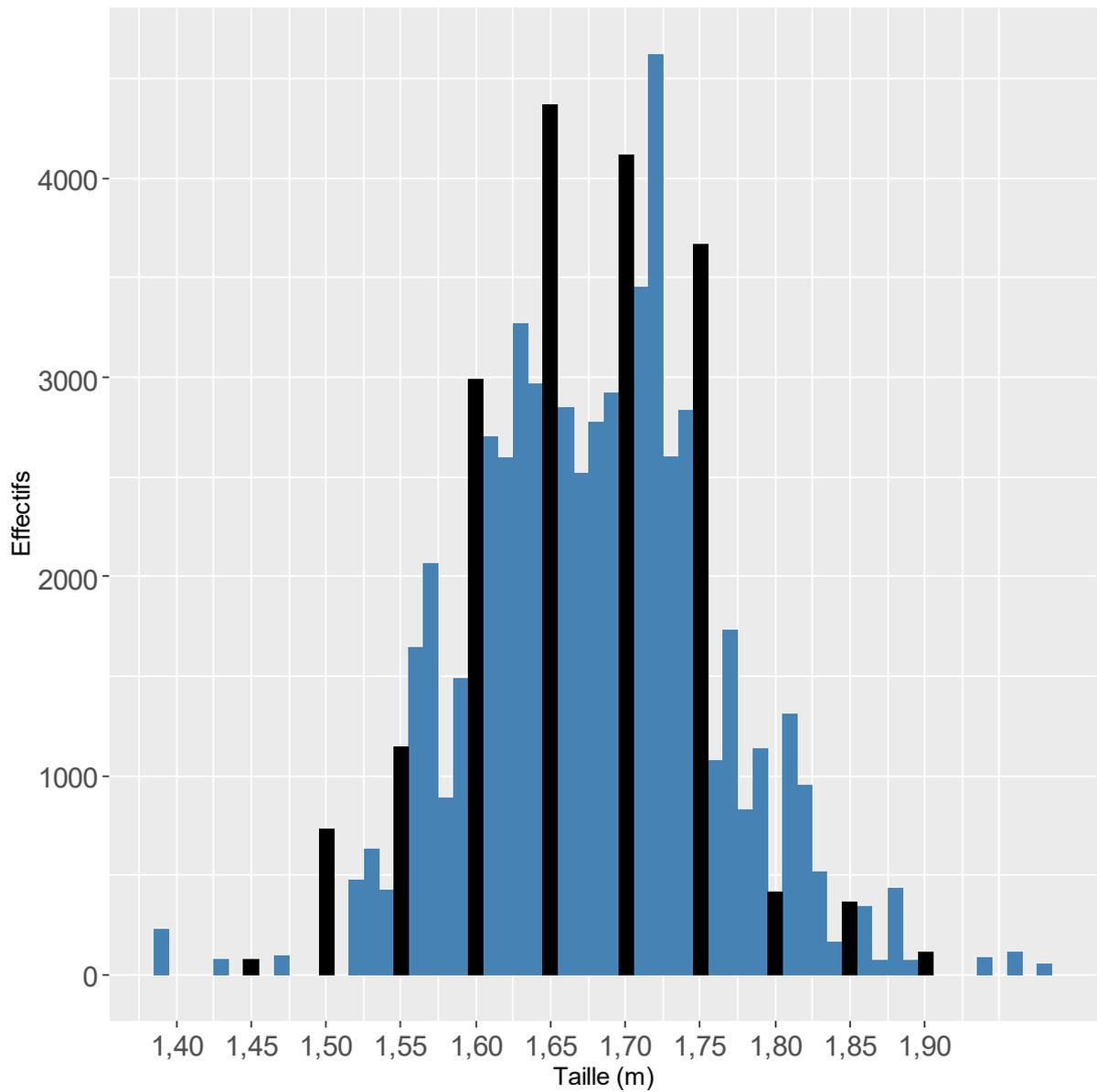
Données brutes



Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES.

Données redressées



Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France.

5) Fréquences des types de corpulence issues des données brutes et redressées

Ce sont les fréquences présentées dans le tableau de l'encadré 7. Les écarts entre données brutes et redressées sont les plus forts pour les hommes pour lesquels les distributions étaient les plus erratiques.

		Maigreur	Normalité	Surpoids	Obésité dont...	...Obésité modérée	... Obésité sévère	... Obésité morbide
Ensemble	Données brutes	7%	44%	29%	21%	13%	6%	2%
	Données redressées	7%	40%	28%	26%	16%	6%	3%
Femmes	Données brutes	6%	37%	27%	31%	18%	9%	4%
	Données redressées	6%	34%	26%	34%	19%	10%	5%
Hommes	Données brutes	8%	52%	31%	9%	7%	2%	0%
	Données redressées	8%	46%	30%	16%	13%	2%	1%

Note > Lorsque les écarts entre les prévalences mesurées dans les données brutes et redressées sont significatifs au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > À Mayotte, d'après les données brutes de l'enquête santé européenne, 44 % de la population a une corpulence normale. Après redressements, la part estimée de la population avec une corpulence normale est de 40 %.

Champ > Mayotte.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES. Utilisation des données de l'enquête Unono wa maore de Santé publique France pour les redressements.

Dans l'ensemble de la partie « Corpulence » de cette publication (y-compris données de l'annexe 10), il a été choisi d'utiliser les données redressées.

Annexe 10. Types de corpulence

Tableau A10.1 • Types de corpulence

Ensemble

	Maigreur	Normalité	Surpoids	Obésité dont...	...Obésité modérée	... Obésité sévère	... Obésité morbide
Guadeloupe	5%	44%	33%	19%	13%	3%	3%
Martinique	5%	42%	34%	20%	13%	5%	2%
Guyane	5%	45%	30%	19%	12%	5%	2%
La Réunion	6%	49%	28%	16%	12%	3%	1%
Mayotte	7%	40%	28%	26%	16%	6%	3%
Métropole	4%	50%	31%	14%	11%	3%	1%

Femmes

	Maigreur	Normalité	Surpoids	Obésité dont...	...Obésité modérée	... Obésité sévère	... Obésité morbide
Guadeloupe	5%	42%	30%	23%	15%	4%	4%
Martinique	5%	38%	32%	25%	16%	6%	4%
Guyane	7%	43%	28%	23%	13%	8%	2%
La Réunion	7%	46%	27%	20%	13%	5%	1%
Mayotte	6%	34%	26%	34%	19%	10%	5%
Métropole	6%	54%	25%	15%	11%	3%	2%

Hommes

	Mai- greur	Normalité	Surpoids	Obésité dont...	...Obésité modérée	... Obésité sévère	... Obésité morbide
Guadeloupe	5%	46%	36%	14%	10%	2%	2%
Martinique	5%	46%	36%	13%	10%	3%	0%
Guyane	4%	48%	34%	15%	11%	3%	1%
La Réunion	5%	53%	30%	12%	10%	1%	1%
Mayotte	8%	46%	30%	16%	13%	2%	1%
Métropole	3%	47%	37%	14%	10%	2%	1%

Note > Lorsque l'écart avec la métropole est significatif au seuil de 5 %, le chiffre est en bleu.

Lecture > En Guadeloupe, 5 % des personnes de 15 ou plus sont maigres. L'écart avec la métropole n'est pas significatif.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A10.2 • Modélisation plus complète du fait d'être obèse pour les femmes

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	35,1 ***	35,1 ***	31,7 ***	26,0 ***	33,3 ***	22,6 ***
15-29	-18,4 ***	-20,4 ***	-14,1 ***	-8,0	-26,8 ***	-9,5 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-0,3	0,0	7,0	-0,8	2,4	2,8 **
75 +	-17,0 ***	-11,6 **	-15,8 **	-11,5 **	-19,9 **	-2,3
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	-0,8	-2,2	-2,8	5,3	12,5 ***	-1,1
Q3	-6,9 *	-5,1	-11,3 **	-4,5	9,9 **	-4,7 ***
Q4	-12,6 ***	-9,6 **	-14,7 ***	-3,6	5,1	-9,3 ***
En emploi	-4,3	-1,3	-0,3	-1,3	-0,8	-2,9 ***
Pas en emploi	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Vit en couple	-0,6	-4,0	4,2	-1,7	5,3 *	4,2 ***
Ne vit pas en couple	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Soda toutes les semaines	4,5	8,7 **	5,4 *	7,1 *	-1,0	2,2 *
Soda : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fruits et légumes tous les jours	-5,3 *	0,9	-7,2 **	-3,7	-3,0	1,1
Fruits et légumes : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fait du sport toutes les semaines	-5,7 *	-9,9 ***	-2,1	-3,4	-6,1	-7,7 ***
Sport : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Marche ou vélo 30 min/jour	4,7	2,4	-2,3	-2,4	2,0	-6,0 ***
Marche et vélo : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Excès de sédentarité	3,4	2,3	1,0	-4,9	9,4 ***	1,1
Sédentarité : pas d'excès	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
R2	5,8	5,7	6,0	3,3	12,3	5,1

Lecture > En Guadeloupe, une femme correspondant à la situation de référence a une probabilité de 35,1 % d'être obèse. Faire du sport baisse cette probabilité de 5,7 points. L'effet est significatif au seuil de 10 %. Le R2 de la régression est 5,8 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A10.3 • Modélisation du fait d'être obèse en fonction de l'âge et du quartile local de niveau de vie pour les hommes

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	12,3 ***	15,7 ***	16,0 ***	17,8 ***	15,0 ***	15,6 ***
15-29	-11,5 ***	-4,3	-10,8 ***	-9,4 ***	-16,2 ***	-7,9 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-2,4	0,5	2,5	-5,4 *	-0,6	6,4 ***
75 +	-7,8 *	-5,2	2,4	-9,2 *	-1,4	-0,7
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	5,6	1,8	11,4 **	-0,8	6,7 **	-0,8
Q3	10,6 ***	-2,3	-0,5	-2,1	8,7 ***	-2,1
Q4	3,4	-3,7	-2,5	-2,3	12,7 ***	-5,0 ***
R2	3,1	0,7	3,7	1,5	7,3	2,2

Lecture > En Guadeloupe, un homme de 30-54 ans appartenant au premier quartile de revenu a une probabilité de 12,3 % d'être obèse. Avoir 75 ans ou plus baisse cette probabilité de 7,8 points. L'effet est significatif au seuil de 10 %. Le R2 de la régression est 3,1 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHIS, 2019. Traitements DREES.

Tableau A10.4 • Modélisation plus complète du fait d'être obèse pour les hommes

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	Métropole
Constante	11,9 **	16,2 ***	5,9	19,0 ***	12,2 **	15,9 ***
15-29	-9,3 **	-0,8	-4,3	-8,4 **	-9,0 ***	-5,6 ***
30-54	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
55-74	-1,1	0,5	5,0	-5,4 *	0,6	6,8 ***
75 +	-5,3	-4,9	8,0	-8,4 *	2,8	-1,3
Q1	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Q2	4,9	1,2	10,3 **	-1,6	5,5 *	-0,3
Q3	9,5 **	-3,7	-3,5	-3,3	5,7 *	-1,5
Q4	2,3	-5,2	-6,8 *	-1,2	6,8 *	-3,9 ***
En emploi	4,7	2,0	6,7 *	2,4	12,0 ***	0,3
Pas en emploi	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Vit en couple	-1,5	2,7	9,1 **	1,5	3,0	2,7 **
Ne vit pas en couple	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Soda toutes les semaines	0,3	-4,9	4,2	4,0	-3,2	2,2 **
Soda : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fruits et légumes tous les jours	1,2	-1,5	0,0	-3,3	-10,9 **	0,2
Fruits et légumes : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Fait du sport toutes les semaines	-3,3	-1,0	0,4	-9,0 ***	-4,7 *	-5,9 ***
Sport : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Marche ou vélo 30 min/jour	-2,1	1,2	-5,5 *	-0,9	1,0	-4,9 ***
Marche et vélo : moins souvent	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Excès de sédentarité	-1,0	-0,4	6,1	-3,1	0,0	1,4
Sédentarité : pas d'excès	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
R2	3,7	1,4	7,1	4,1	9,7	3,7

Lecture > En Guadeloupe, un homme correspondant à la situation de référence a une probabilité de 11,9 % d'être obèse. Faire du sport n'a pas d'effet significatif sur cette probabilité. Le R2 de la régression est 3,7 %.

Champ > Métropole et cinq DROM.

Source > DREES-Irdes-Insee, EHS, 2019. Traitements DREES.

Les dossiers de la DREES

N° 78 • avril 2021

Premiers résultats
de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019

Directeur de la publication
Fabrice Lengart

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.solidarites.sante.fr
