

**L'ESPERANCE DE VIE SANS INCAPACITE DANS LES
DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER**

Maude Crouzet

Institut de Démographie de l'Université de Strasbourg

Mémoire de Master 1

Sous la direction de :

Didier Breton – Université de Strasbourg

Emmanuelle Cambois – Institut National d'Etudes Démographiques

Soutenu en septembre 2015

Sommaire

1. Introduction	2
2. Les sources de données	5
3. Espérance de vie : comparaison DOM – Métropole.....	6
3.1. Des espérances de vie dans les DOM proches de celle de la Métropole.....	6
3.2. ... malgré une surmortalité aux âges jeunes.....	7
4. Causes de décès : comparaison DOM – Métropole.....	9
4.1. Tumeurs et maladies cardiovasculaires représentent les principales causes de décès.....	9
4.2. Des différences hommes-femmes liées à la mortalité par accident.....	10
5. Espérance de vie : Comparaison DOM – départements métropolitains	13
6. Focus sur la mortalité des 18-35 ans	21
6.1. La surmortalité des jeunes hommes, spécificité des DOM	21
6.2. Des différences entre départements expliquées par les morts violentes.....	23
7. Présentation et origines de l'espérance de vie sans incapacité.....	27
8. Espérance de vie sans incapacité : les sources de données.....	29
9. Calcul de l'espérance de vie sans incapacité par la méthode de Sullivan	32
9.1. Méthodologie.....	32
9.1.1. Généralisation.....	32
9.1.2. Exemple pour les hommes en Guadeloupe.....	34
9.2. Une institutionnalisation moins fréquente dans les DOM.....	36
9.3. Une prévalence de l'incapacité plus forte chez les femmes aux âges élevés	38
9.4. Des différences importantes dans la perception de la santé entre DOM et Métropole.....	38
10. Espérance de vie sans incapacité : résultats	41
10.1. Moins d'années vécues en incapacité aux jeunes âges dans les DOM.....	41
10.2. De fortes disparités hommes-femmes après 50 ans.....	42
10.3. Paradoxe santé/survie aux âges jeunes, double peine aux âges élevés.....	43
11. Conclusion et perspectives	47
12. Bibliographie	49
13. Annexes.....	50
13.1. Note méthodologique : le test du Khi2.....	50
13.2. Le rôle des migrations sélectives : figures et tableaux	51
13.3. Intervalles de confiance des taux d'incapacité	57
13.4. Table des figures	58
13.5. Table des tableaux	59

1. Introduction

Les DOM sont des départements où le vieillissement est rapide, particulièrement en Martinique et en Guadeloupe, en raison de la baisse de la fécondité, de l'émigration des jeunes adultes vers la Métropole et du retour des personnes au moment de la retraite après une carrière réalisée en France métropolitaine. A La Réunion et en Guyane, le vieillissement est plus lent parce que la fécondité est encore élevée, mais le processus y est entamé également. D'ici à 2040, Guadeloupe et Martinique feront partie des départements français à la structure par âge la plus vieillie (Breton et al., 2009). Il est donc important de s'intéresser au vieillissement démographique des DOM, étant donné que le nombre croissant de personnes âgées fait de ce phénomène un enjeu de politique publique, et ce d'autant plus que les conditions de vie de ces personnes âgées de plus de 60 ans y sont particulièrement difficile et précaires en comparaison avec la Métropole.

Un premier constat est que les DOM sont des départements relativement pauvres, avec autour de 20% de la population des 15-64 ans bénéficiaires des minima sociaux (15% en Guyane), contre seulement 7% en Métropole en 2011. La précarité économique est encore plus importante parmi les 60 ans et plus : alors que la proportion de bénéficiaires des minima sociaux diminue chez les personnes âgées par rapport à la population active en Métropole (de 7% à 3%), dans les DOM cette proportion augmente : entre 17% en Guyane et 29% en Guadeloupe. Les DOM comptent ainsi entre 5 et 9 fois plus de bénéficiaires du minimum vieillesse que la Métropole¹.

Un second constat concerne les places d'hébergement pour personnes âgées. Bien que les DOM soient tout autant concernés par le vieillissement que la Métropole, ils sont bien moins équipés pour accueillir le nombre croissant de personnes âgées. Il y a moins de 60 lits en maison de retraite pour 1000 personnes de 75 ans et plus en Martinique, Guadeloupe et La Réunion et 84 en Guyane. C'est très inférieur à la Métropole qui compte 127 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus. En ce qui concerne les lits médicalisés, l'écart entre DOM et Métropole est encore plus important. La Métropole compte deux fois plus de lits en EHPAD² ou lits de soins longue durée que la Guyane et jusqu'à 5,5 fois plus que la Guadeloupe³. A nouveau, la Guyane présente un taux d'équipement supérieur à celui des trois autres DOM avec 52 lits pour 1000 personnes de 75 ans et plus, alors que, paradoxalement, il s'agit du département le moins concerné par le vieillissement⁴.

Par conséquent, le mode de vie des personnes âgées dans les DOM est différent de la Métropole. En effet, au recensement de 2009 on trouve beaucoup moins de personnes âgées vivant en institution dans les DOM : deux fois moins en Guyane et Martinique et six fois moins en Guadeloupe parmi la population des 60 ans et plus, et cet écart reste aussi

¹ Source : Drees – enquête aide sociale 2011 et Insee – recensement de la population 2010

² Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

³ Source : Drees – Statist 2010 et Insee – recensement de la population 2009

⁴ Ce paradoxe pourrait en partie s'expliquer par la faiblesse du dénominateur, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en Guyane étant peu important.

conséquent même si on s'intéresse seulement aux 75 ans et plus⁵ (figures 16 et 17). Inversement, la part des personnes âgées vivant dans un ménage complexe (composé de personnes dont elles ne sont ni l'enfant, ni le parent) est nettement supérieure dans les DOM. Cette situation ne concerne que 4 à 5% des personnes âgées en Métropole quel que soit l'âge, tandis que dans les DOM cela concerne entre 10% en Guadeloupe et 14,5% en Guyane des personnes de 60 ans et plus et cette proportion augmente avec l'âge : à 75 ans et plus on trouve entre 14% en Guadeloupe et 21% en Guyane des personnes âgées dans de tels ménages⁶.

Pour les personnes bénéficiaires de l'APA⁷, il y a des différences importantes entre les proportions de bénéficiaires à domicile et en établissement. En Métropole, parmi les bénéficiaires âgés de 75 ans et plus, 60% sont à domicile. Dans les DOM, les bénéficiaires à domicile représentent au moins les trois quarts des bénéficiaires de 75 ans et plus et cette part s'élève jusqu'à 94% à La Réunion⁸. Y compris pour les bénéficiaires de l'APA classés en GIR1 (les plus lourdement dépendants) on observe encore des proportions importantes de bénéficiaires à domicile, en particulier à La Réunion (72%)⁹.

La situation des personnes âgées dans les DOM peut se résumer par une forte précarité économique, et peu de structures pour accueillir les personnes âgées dépendantes, donc un recours fréquent à la prise en charge par la famille. Dans ces conditions, on s'interroge sur l'état de santé de ces personnes âgées de plus en plus nombreuses. Actuellement l'espérance de vie à la naissance dans les DOM est assez proche de celle des départements métropolitains (Barbieri, 2013) et ce malgré des conditions de vie plus défavorables. Calculer des espérances de vie sans incapacité serait un bon moyen de tenir compte de ce constat, si l'on dispose des données nécessaires. C'est le cas avec l'enquête Migrations, Famille, Vieillesse (MFV) dans les DOM (tableau 14). Quelle proportion de leur vie les personnes de 50 ans peuvent-elle encore espérer vivre sans limitation de leurs activités quotidiennes ? Y a-t-il des différences significatives entre les DOM et la Métropole, ou entre les DOM entre eux ? Hommes et femmes sont-ils égaux face au risque d'incapacité ?

Le but de cette étude est d'abord de calculer l'espérance de vie totale et d'identifier les spécificités des DOM, puis d'analyser les risques et causes de mortalité, et enfin d'étudier l'espérance de vie sans incapacité.

⁵ Les institutions ont d'ailleurs longtemps eu une connotation très négative dans les DOM où elles étaient surnommées « asiles » (dixit Claude-Valentin Marie)

⁶ Source : Insee – recensement de la population 2009

⁷ Allocation Personnalisée d'Autonomie. Elle est versée par les conseils généraux aux personnes de 60 ans et plus évaluées comme dépendantes selon la grille AGGIR, pour aider à financer les aides humaines et techniques auxquelles ces personnes ont recours pour compenser leurs difficultés à effectuer les tâches de la vie quotidienne.

⁸ Source : Drees – enquête aide sociale 2011

⁹ Un certain nombre de départements ne fournissant pas la ventilation par GIR des bénéficiaires de l'APA, on ne dispose pas de chiffres pour comparer avec la Métropole.

Tableau 1 : Tableau synoptique des indicateurs concernant la situation des personnes âgées dans les DOM et en Métropole

	Part des allocataires de minima sociaux parmi la population des 15-64 ans en 2011 (%)	Part des allocataires du minimum vieillesse parmi la population des 60 ans et plus en 2011 (%)	Nombre de lits en maison de retraite pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010	Nombre de lits en établissement médicalisé pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010	Part des personnes de 60 ans et plus vivant en institution en 2009 (%)	Part des personnes de 75 ans et plus vivant en institution en 2009 (%)	Part des personnes de 60 ans et plus vivant en ménage complexe en 2009 (%)	Part des personnes de 75 ans et plus vivant en ménage complexe en 2009 (%)	Part des bénéficiaires à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA âgés de 75 ans et plus en 2011 (%)	Part des bénéficiaires en institution parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA âgés de 75 ans et plus en 2011 (%)	Part des bénéficiaires à domicile parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'APA âgés de 75 ans et plus classés en GIR1 en 2011 (%)
Guadeloupe	22,1	29,4	30,8	21,3	0,8	1,5	9,7	13,1	28,6	2,2	37,4
Martinique	20,0	23,1	57,1	23,0	2,2	4,4	10,2	13,7	21,4	4,0	33,7
Guyane	14,6	17,2	83,7	51,8	2,4	7,2	14,5	21,0	14,7	4,7	49,0
La Réunion	22,5	27,6	43,1	18,0	1,6	3,6	12,6	20,7	41,4	2,7	72,3
Métropole	6,6	3,4	127,5	99,4	4,7	9,5	4,2	5,2	12,3	8,2	ND

Sources : Drees – enquête aide sociale 2011, Insee – recensement de la population 2009 et 2010

2. Les sources de données

Sources de données utilisées pour l'étude de la mortalité dans les DOM et en Métropole :

Les tables de mortalité par sexe et âge détaillé pour la France métropolitaine ainsi que pour la France entière sont disponibles en ligne sur le site de l'Insee. Ces mêmes tables n'existent en revanche pas à l'échelle départementale. Pour chacun des DOM ainsi que pour les quelques départements métropolitains utiles à la comparaison, elles ont dû être reconstituées en calculant les quotients de mortalité par âge à partir :

- des effectifs de décès classés par sexe, année de naissance et département de domicile du décédé, disponible dans les fichiers détails d'état-civil de l'Insee
- des estimations de population au premier janvier à partir du recensement par sexe, âge et département de domicile, obtenues sur demande auprès de l'Insee.

Les causes de décès par sexe et âge pour chaque département ainsi que pour l'ensemble de la France métropolitaine sont obtenues en interrogeant la base de données en ligne du CepiDc (centre d'épidémiologie sur les causes de décès) de l'Inserm¹⁰. Cette base de données fournit entre autres les effectifs de décès par classe d'âge décennale (sauf pour la tranche d'âge 0-5 ans qui se découpe en deux classes : 0 et 1-4 ans), répartis selon les causes définies par la nomenclature de la classification internationale des maladies (CIM).

A chaque fois que cela est possible, on travaille avec une moyenne des événements observés sur la période 2008-2011 pour lisser les séries de données et ainsi éviter les variations liées à une année en particulier.

¹⁰ www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm

3. Espérance de vie : comparaison DOM – Métropole

3.1. Des espérances de vie dans les DOM proches de celle de la Métropole...

Les écarts d'espérance de vie à la naissance entre DOM et Métropole se situent autour de trois ans pour les deux sexes : les hommes peuvent espérer vivre entre 74,7 ans en Guyane et 78 ans en Métropole, et les femmes entre 81,9 ans en Guyane et 84,6 ans en Métropole.

Si on décompose l'espérance de vie à la naissance en cinq tranches d'âge (tableau 2), on note que les écarts d'espérance de vie sont très faibles avant 50 ans. Sur les trois premières tranches d'âge, les différences sont quasiment inexistantes : elles sont de l'ordre de 0,1 voire 0,2 ans, sauf pour la Guyane entre 0 et 18 ans : les Guyanais vivent en moyenne 0,5 ans de moins que les Métropolitains sur cette tranche d'âge, quel que soit le sexe. Les écarts commencent à se creuser sur la tranche 50-80 ans, en particulier pour les hommes. Ils restent cependant relativement faibles : en effet, chez les hommes les Réunionnais vivent en moyenne 0,9 ans de moins que les Métropolitains, tandis que chez les femmes, les Réunionnaises ont une espérance de vie 0,4 ans moins longue que les Métropolitaines. C'est au-delà que 80 ans que l'on observe les différences les plus importantes : autour d'une année pour les hommes comme pour les femmes, et ces différences ne sont plus systématiquement en faveur de la Métropole. En effet, les Guadeloupe et Martinique présentent des espérances de vie à 80 ans supérieures à celle de la Métropole : respectivement 8,8 ans et 8,7 ans contre 8,3 ans en Métropole pour les hommes et 10,6 ans et 10,8 ans contre 10,4 ans en Métropole pour les femmes.

On peut également noter que la Martinique présente toujours une espérance de vie égale ou supérieure à celle observée en Métropole, à l'exception de la tranche d'âge 0-18 ans et des hommes entre 18 et 35 ans.

Tableau 2 : Espérance de vie à la naissance, 2010 et espérances de vie partielles 18-80 ans, 18-50 ans et 50-80 ans selon le sexe et le département, 2008-2011

		Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
e ₀	Hommes	78,0	75,8	77,5	74,7	75,4
e ₀	Femmes	84,6	83,4	84,3	81,9	82,4
e ₀₋₁₈	Hommes	17,9	17,7	17,7	17,5	17,7
e ₀₋₁₈	Femmes	17,9	17,7	17,7	17,6	17,7
e ₁₈₋₃₅	Hommes	16,9	16,7	16,8	16,8	16,8
e ₁₈₋₃₅	Femmes	17,0	16,9	17,0	16,9	17,0
e ₃₅₋₅₀	Hommes	14,8	14,7	14,8	14,7	14,8
e ₃₅₋₅₀	Femmes	14,9	14,9	14,9	14,8	14,9
e ₅₀₋₈₀	Hommes	25,4	25,3	26,0	25,1	24,6
e ₅₀₋₈₀	Femmes	27,8	27,6	28,0	27,4	27,3
e ₈₀ ¹¹	Hommes	8,3	8,8	8,7	8,3	7,3
e ₈₀	Femmes	10,4	10,6	10,8	10,2	9,7

Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l'auteur (sauf pour e₀)

¹¹ e₈₀ est légèrement sous-estimée pour les deux sexes, les données disponibles ne permettant pas de construire les tables de mortalité au-delà de 99 ans.

Des écarts d'espérance de vie relativement faibles entre les DOM et la Métropole sur toutes les tranches d'âge. Les différences sont légèrement plus fortes pour les hommes et se concentrent aux âges supérieurs à 50 ans.

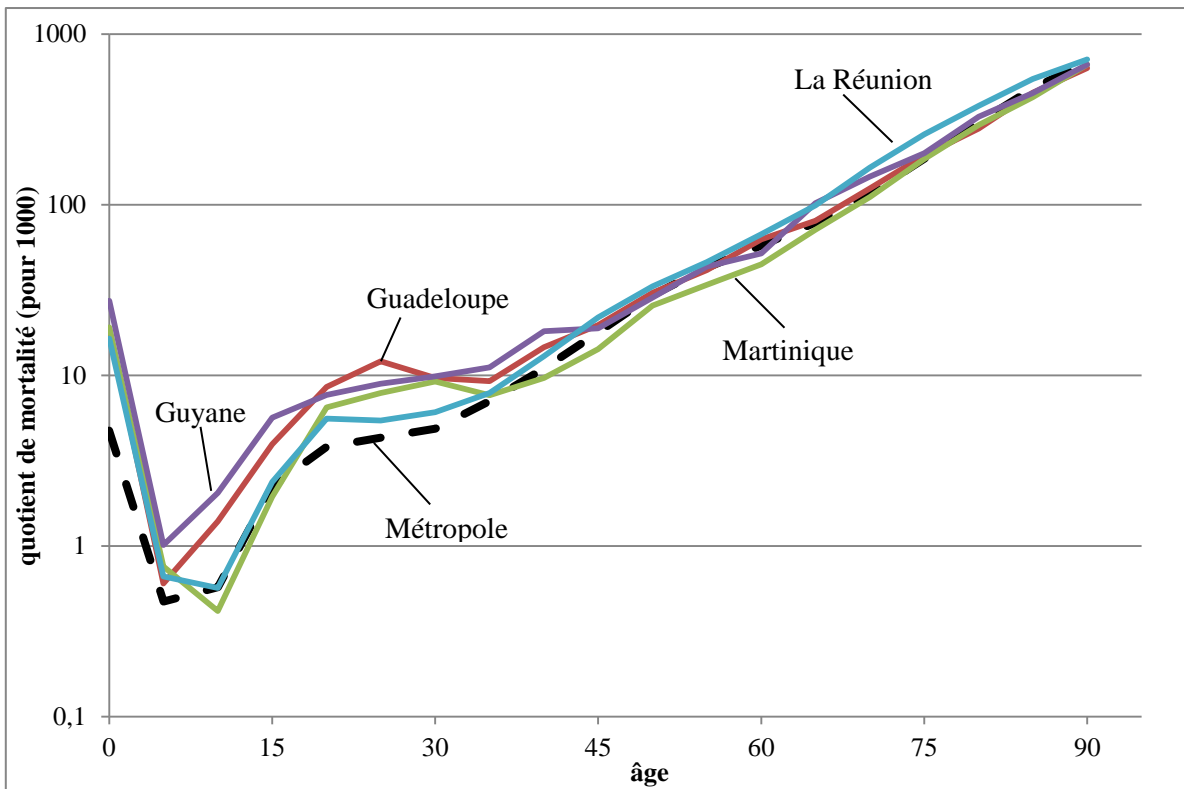
3.2. ... malgré une surmortalité aux âges jeunes

Les profils des risques de mortalité en fonction de l'âge sont identiques en Métropole et dans les différents DOM : relativement faibles avant 30 ans (inférieurs à 10‰), et en constante augmentation au-delà. C'est aux âges où la mortalité est la plus faible que les DOM présentent une mortalité spécifique (figures 1 et 2). En effet, les DOM se caractérisent par une forte surmortalité aux âges jeunes. Cette surmortalité est particulièrement marquée chez les hommes dans tous les départements, mais seulement en Guadeloupe et en Guyane chez les femmes. Au-delà de 50 ans, les courbes féminines de la Martinique et de La Réunion sont quasiment confondues avec celle de la Métropole.

L'évolution de la mortalité après 50 ans est la même quel que soit le sexe. La Réunion et la Martinique, après avoir enregistré des niveaux de mortalité très proches (surtout pour les femmes) entre 0 et 50 ans, évoluent à des rythmes différents passé cet âge. En effet, La Réunion présente une mortalité systématiquement supérieure à celle de la Métropole, tandis qu'en Martinique, elle y est inférieure jusqu'à 60 ans pour les femmes et 70 ans pour les hommes, avant de retrouver les niveaux observés en France métropolitaine. Quant à la Guadeloupe et à la Guyane, il n'y a plus de différence avec la Métropole à partir de 50 ans.

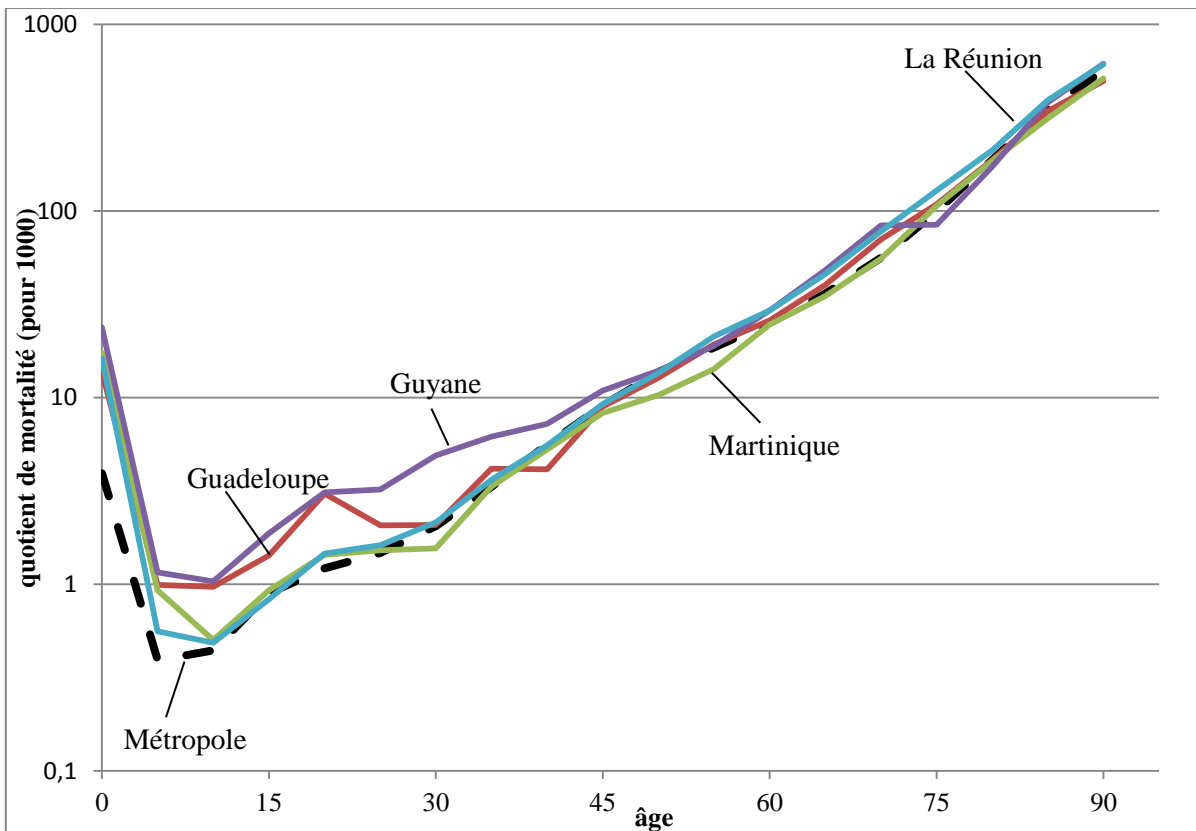
Les différences de risque de mortalité entre DOM et Métropole ont donc surtout lieu aux âges les plus jeunes, mais sans effet majeur sur l'espérance de vie du fait de la faible mortalité à ces âges. A l'inverse, aux âges élevés les écarts sont faibles, mais pèsent beaucoup plus sur l'espérance de vie car la mortalité à ces âges atteint des niveaux importants.

Figure 1 : Quotients de mortalité masculins par âge, DOM et Métropole, 2008-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l'auteur.

Figure 2 : Quotients de mortalité féminins par âge, DOM et Métropole, 2008-2011



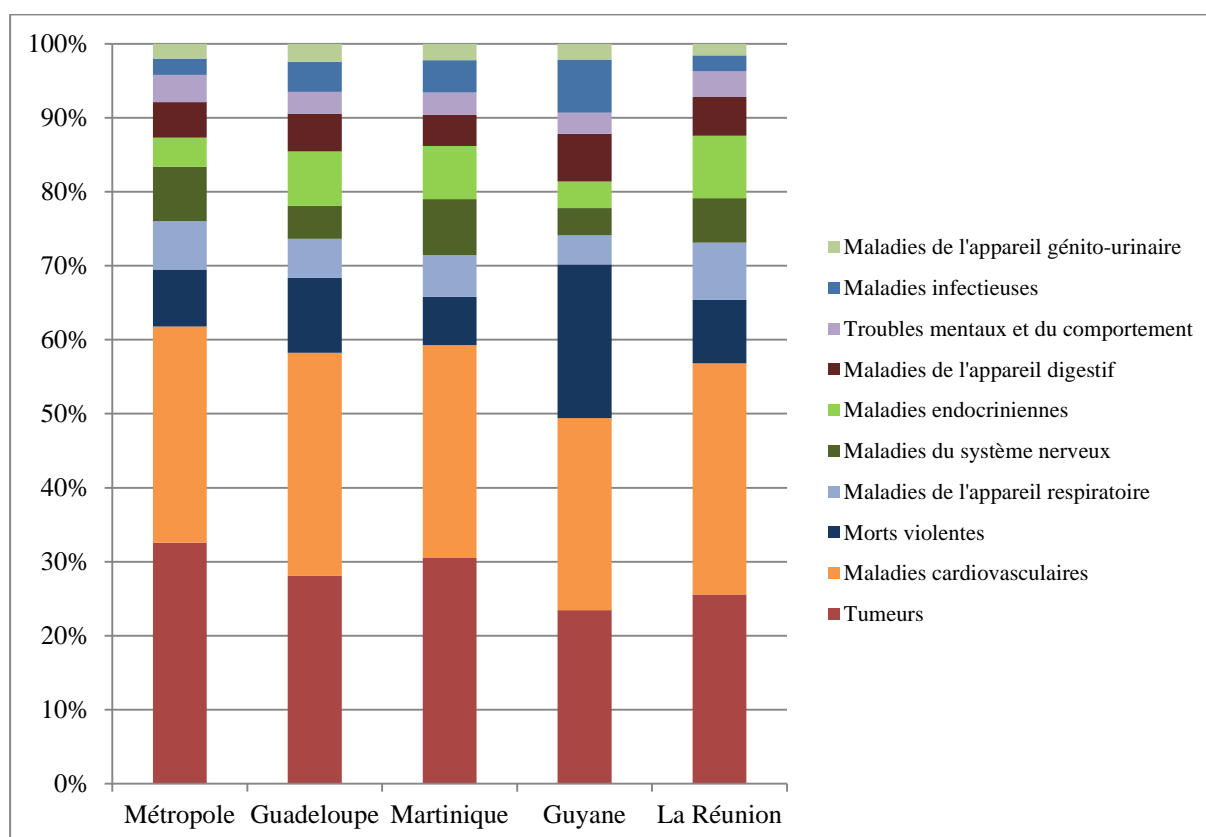
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l'auteur.

4. Causes de décès : comparaison DOM – Métropole

4.1. Tumeurs et maladies cardiovasculaires représentent les principales causes de décès

Les causes de décès varient peu d'un DOM à l'autre et entre DOM et Métropole (figure 3). Les deux principales causes de mortalité sont les mêmes pour l'ensemble des territoires : les tumeurs, qui représentent entre un quart et un tiers des décès observés en 2010 dans chaque territoire, et les maladies cardiovasculaires, qui en sont responsable d'entre 25 et 30%.

Figure 3 : Répartition des décès selon la cause dans chaque territoire, sexes réunis, 2010



Source : Inserm – CepiDc, année 2010

La répartition des décès par cause est influencée par la structure par âge de chacune des populations, or cette structure par âge est très différente (beaucoup plus jeune) dans les DOM par rapport à la Métropole. Pour se rendre réellement compte des différences dans les causes de mortalité d'un territoire à l'autre il est plus pertinent de s'intéresser aux risques de mortalité par chacune des causes, exprimés par les taux comparatifs, qui neutralisent les effets de structure par âge (tableau 3). On peut ainsi constater que les principales différences se situent au niveau des maladies endocriniennes (principalement le diabète sucré) qui sont 6 fois plus mortelles à La Réunion et 4 fois plus en Martinique qu'en Métropole, et des maladies infectieuses en Martinique et Guyane avec un risque de mortalité par cette cause 4 à 5 fois plus élevé qu'en Métropole. On peut également noter une forte surmortalité par

maladies cardiovasculaires (risque 3 fois supérieur) et par maladies de l'appareil respiratoires (risque 4 fois plus élevé) à La Réunion.

Quelle que soit la cause, les risques de mortalité dans les DOM sont presque systématiquement supérieurs à ceux de la Métropole.

Tableau 3 : Taux comparatifs de mortalité par cause (pour 100 000), DOM et Métropole, sexes réunis, 2010

(population de référence : France métropolitaine)

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
Maladies infectieuses	17,1	36,6	69,4	79,4	44,7
Tumeurs	253,1	270,4	464,5	345,1	466,7
Maladies endocriniennes	30,7	50,4	113,6	60,0	190,4
Troubles mentaux et du comportement	28,6	27,2	44,8	48,6	61,9
Maladies du système nerveux	51,3	47,5	128,1	65,8	114,7
Maladies cardiovasculaires	227,0	251,4	454,2	466,6	714,5
Maladies de l'appareil respiratoire	50,9	46,9	90,4	72,7	184,0
Maladies de l'appareil digestif	37,2	43,3	64,7	100,2	94,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	15,5	22,4	35,9	39,5	34,8
Morts violentes	59,6	108,7	92,8	131,1	126,1

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l'auteur.

Grille de lecture : Si la structure par âge de la population de la Martinique était identique à celle de la France métropolitaine, le taux de mortalité par maladies infectieuses en Martinique s'élèverait à 69,4 pour 100 000.

4.2. Des différences hommes-femmes liées à la mortalité par accident

Si on s'intéresse à présent aux différences dans les causes de mortalité des hommes et des femmes, le test du Khi2 donne une valeur significative pour chaque territoire à l'exception de la Guyane (tableaux 4 à 8). Il n'y a donc pas de différence significative entre les causes de décès des hommes et celles des femmes dans ce dernier département.

Dans les trois autres DOM, ainsi qu'en Métropole, hommes et femmes ne meurent pas des mêmes causes. Cependant, les inégalités de mortalité selon les sexes ne se situent pas sur les mêmes causes dans les DOM et en Métropole. Dans les trois DOM, la décomposition des contributions au Khi2 montre que ce sont presque uniquement les décès par accidents (morts violentes) qui créent l'écart entre la mortalité des hommes et des femmes : il y a une importante surmortalité masculine par cette cause. A La Réunion, les maladies

cardiovasculaires contribuent également fortement au Khi2, ces maladies touchant beaucoup plus les femmes que les hommes.

En Métropole, les principales contributions au Khi2 sont apportées par les tumeurs – qui touchent plus les hommes, et les maladies du système nerveux et maladies cardiovasculaires – qui touchent plus les femmes. La surmortalité masculine par accident n’arrive qu’en quatrième position, avec une contribution moindre.

Les différences de causes de mortalité entre hommes et femmes se situent donc en majeure partie au niveau de la mortalité par accident. Face à la mortalité par maladie, hommes et femmes dans les DOM sont beaucoup plus égaux qu’en Métropole.

Tableau 4 : Contributions au Khi2 par sexe, France métropolitaine, 2010

(Khi2 = 8457,7)

	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses	0,1%	0,1%
Tumeurs	16,1%	17,1%
Maladies endocriniennes	3,3%	3,5%
Troubles mentaux et du comportement	2,5%	2,7%
Maladies du système nerveux	11,3%	12,0%
Maladies cardiovasculaires	8,5%	9,0%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,3%	0,3%
Maladies de l'appareil digestif	0,3%	0,3%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,2%	0,2%
Morts violentes	5,9%	6,2%

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l’auteur.

Grille de lecture : La distance entre la distribution réelle des décès par cause et la distribution théorique que l’on observerait en cas d’indépendance entre sexe et cause de décès est de 8457,7, dont 16,1% liée à la mortalité masculine par tumeurs. (cf. annexe 13.1 pour la méthode de calcul)

Tableau 5 : Contributions au Khi2 par sexe, Guadeloupe, 2010

(Khi2 = 64,1)

	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses	0,1%	0,2%
Tumeurs	1,5%	1,8%
Maladies endocriniennes	10,0%	12,2%
Troubles mentaux et du comportement	0,4%	0,5%
Maladies du système nerveux	0,0%	0,0%
Maladies cardiovasculaires	7,2%	8,8%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,1%	0,1%
Maladies de l'appareil digestif	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0%	0,0%
Morts violentes	25,7%	31,3%

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l'auteur.

Tableau 6 : Contributions au Khi2 par sexe, Martinique, 2010

(Khi2 = 54,6)

	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses	0,4%	0,4%
Tumeurs	6,6%	7,6%
Maladies endocriniennes	3,7%	4,3%
Troubles mentaux et du comportement	3,4%	3,9%
Maladies du système nerveux	1,3%	1,5%
Maladies cardiovasculaires	10,6%	12,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,7%	0,8%
Maladies de l'appareil digestif	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0%	0,0%
Morts violentes	19,7%	22,8%

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l'auteur.

Tableau 7 : Contributions au Khi2 par sexe, Guyane, 2010

(Khi2 = 15,7 – non significatif au seuil de 5% (valeur test = 16,2))

	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses	0,0%	0,0%
Tumeurs	2,2%	3,8%
Maladies endocriniennes	10,6%	17,9%
Troubles mentaux et du comportement	0,7%	1,2%
Maladies du système nerveux	1,2%	2,0%
Maladies cardiovasculaires	0,7%	1,2%
Maladies de l'appareil respiratoire	0,0%	0,0%
Maladies de l'appareil digestif	0,1%	0,2%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,8%	3,0%
Morts violentes	19,8%	33,5%

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l'auteur.

Tableau 8 : Contributions au Khi2 par sexe, La Réunion, 2010

(Khi2 = 113,1)

	Hommes	Femmes
Maladies infectieuses	0,2%	0,3%
Tumeurs	3,5%	4,4%
Maladies endocriniennes	5,9%	7,5%
Troubles mentaux et du comportement	6,8%	8,7%
Maladies du système nerveux	3,8%	4,8%
Maladies cardiovasculaires	9,8%	12,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	1,9%	2,4%
Maladies de l'appareil digestif	0,8%	1,0%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0%	0,0%
Morts violentes	11,2%	14,2%

Source : Inserm – CepiDc, année 2010. Calculs de l'auteur.

5. Espérance de vie : Comparaison DOM – départements métropolitains

L'espérance de vie de la France métropolitaine est le résultat de la combinaison des quotients de mortalité dans chaque département. Il s'agit d'une moyenne qui pourrait ne correspondre à la réalité d'aucun département. De plus, à deux profils de risques de mortalité différents peut correspondre une même espérance de vie. C'est pour cela qu'il semble plus pertinent de comparer la situation des DOM à celle de départements métropolitains plutôt qu'à l'ensemble de la Métropole.

**Tableau 9 : Espérance de vie à la naissance de l'ensemble des départements français
selon le sexe, 2010**

Département	Hommes	Femmes	Département	Hommes	Femmes
Pas-de-Calais	74,5	82,3	Puy-de-Dôme	77,6	84,8
Guyane	74,7	81,9	Vendée	77,7	85,2
Nord	75,4	82,6	Hautes-Pyrénées	77,7	84,8
La Réunion	75,4	82,4	Aude	77,7	84,6
Nièvre	75,5	84,0	Vienne	77,8	85,2
Aisne	75,6	82,9	Landes	77,8	84,8
Somme	75,7	83,3	Territoire de Belfort	77,9	84,4
Finistère	75,7	83,6	Charente	77,9	85,1
Guadeloupe	75,8	83,4	Jura	78,0	84,5
Indre	76,0	83,3	Ariège	78,0	84,5
Vosges	76,2	83,4	Ardèche	78,0	84,6
Cher	76,3	84,0	Loire	78,0	85,2
Ardennes	76,5	82,9	Vaucluse	78,0	84,3
Marne	76,5	84,1	Loire-Atlantique	78,1	85,0
Seine-Maritime	76,5	83,7	Seine-Saint-Denis	78,2	84,2
Yonne	76,5	83,3	Hérault	78,2	84,8
Haute-Marne	76,6	84,1	Haute-Corse	78,2	83,4
Eure	76,6	83,8	Alpes-de-Haute-Provence	78,3	85,0
Creuse	76,6	83,8	Hautes-Alpes	78,3	85,1
Allier	76,6	83,4	Loiret	78,4	84,4
Côtes-d'Armor	76,7	84,2	Bas-Rhin	78,4	83,9
Manche	76,8	84,4	Gard	78,4	84,4
Cantal	76,8	83,7	Var	78,4	84,9
Oise	76,9	83,5	Seine-et-Marne	78,5	84,2
Morbihan	76,9	83,9	Haut-Rhin	78,5	83,9
Eure-et-Loir	77,0	84,5	Doubs	78,5	84,8
Meuse	77,0	84,4	Mayenne	78,5	85,2
Corrèze	77,0	84,3	Gironde	78,5	85,0
Pyrénées-Orientales	77,0	84,2	Haute-Vienne	78,5	85,0
Aube	77,2	83,8	Val-d'Oise	78,6	84,4
Meurthe-et-Moselle	77,2	83,5	Deux-Sèvres	78,6	85,8
Lozère	77,2	84,3	Pyrénées-Atlantiques	78,6	85,4
Haute-Saône	77,3	83,8	Tarn-et-Garonne	78,6	84,0
Loir-et-Cher	77,4	85,2	Savoie	78,6	85,1
Calvados	77,4	84,7	Maine-et-Loire	78,7	85,8
Orne	77,4	84,7	Sarthe	78,7	85,3
Moselle	77,4	83,3	Bouches-du-Rhône	78,7	84,8
Saône-et-Loire	77,5	84,7	Ille-et-Vilaine	78,8	85,1
Charente-Maritime	77,5	84,3	Aveyron	78,8	85,2
Dordogne	77,5	84,2	Tarn	78,8	85,1
Haute-Loire	77,5	84,7	Côte-d'Or	78,9	85,3
Martinique	77,5	84,3	Lot-et-Garonne	78,9	85,3

Drôme	79,0	84,8	Val-de-Marne	79,7	85,5
Gers	79,2	84,2	Lot	79,8	85,3
Indre-et-Loire	79,3	85,2	Isère	79,8	85,4
Ain	79,3	85,0	Rhône	79,8	85,8
Alpes-Maritimes	79,5	85,3	Yvelines	79,9	85,6
Essonne	79,6	85,1	Haute-Garonne	79,9	85,8
Haute-Savoie	79,6	85,2	Paris	80,2	85,8
Corse-du-Sud	79,6	84,0	Hauts-de-Seine	80,5	85,7

Source : Insee – état-civil et recensement de la population, année 2010

On choisit pour chaque DOM un département métropolitain de référence (dont l'espérance de vie à la naissance est proche), afin de comparer les courbes des quotients de mortalité par âge et par sexe de chaque DOM à celles d'un département plutôt qu'à l'ensemble de la France métropolitaine. Les départements de comparaison pour chaque DOM ainsi que leurs espérances de vie à la naissance respectives sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Espérances de vie à la naissance pour chaque DOM et son département métropolitain de référence, selon le sexe, 2010

	Hommes	Femmes
Guadeloupe	75,8	83,4
Somme	75,7	83,3
Martinique	77,5	84,3
Charente Maritime	77,5	84,3
Guyane	74,7	81,9
Pas de Calais	74,5	82,3
La Réunion	75,4	82,4
Nord	75,4	82,6

Source : Insee – état-civil et recensement de la population, année 2010

Pour l'ensemble des départements étudiés, et quel que soit le sexe, la position de la courbe des DOM par rapport à celle de leur département métropolitain de référence est la même (figures 4 à 11). On observe d'abord une surmortalité dans le DOM jusqu'à 30 ans pour les femmes et 40 ans pour les hommes. Cette surmortalité est plus marquée pour les hommes que pour les femmes, sauf pour la Guyane où, à l'inverse, elle est plus importante pour les femmes que pour les hommes. La Martinique fait exception avec une surmortalité aux jeunes âges très faible quel que soit le sexe.

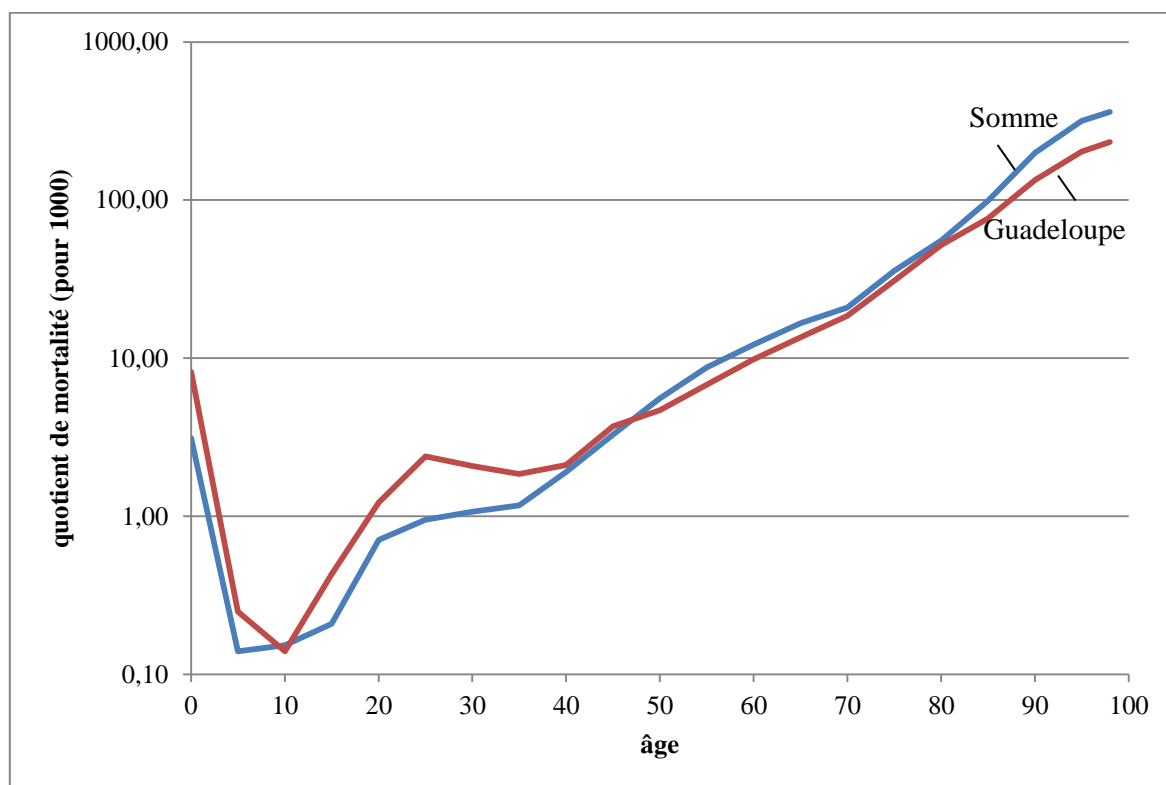
Passé 40 ans, la position relative des courbes des DOM et des départements métropolitains s'inverse. On observe ainsi deux tranches d'âges durant lesquelles les risques de mortalité sont plus forts dans les départements métropolitains que dans les DOM : entre 40 et 70 ans et au-delà de 80 ans. Cette surmortalité est d'intensité variable selon le département et le sexe. Il est par exemple quasiment inexistant pour le Nord par rapport à La Réunion quel que soit le sexe, et pour la Somme par rapport à la Guadeloupe chez les femmes. A l'inverse, c'est dans

le Pas de Calais où, par rapport à la Guyane, la surmortalité aux âges élevés est la plus importante, pour les hommes comme pour les femmes.

On retrouve ces écarts lorsqu'on compare les espérances de vie entre 0 et 40 ans et à 40 ans de chaque DOM par rapport à son département métropolitain de référence (tableau 11). Sur la tranche d'âge la plus jeune, les départements métropolitains ont une espérance de vie de 0,5 à 1 an plus longue que les DOM. Inversement, après 40 ans c'est dans les DOM que l'on peut espérer vivre le plus longtemps, avec un écart allant jusqu'à 2,5 ans chez les hommes pour la Guyane par rapport au Pas-de-Calais et 1,3 an chez les femmes pour la Guadeloupe par rapport à la Somme.

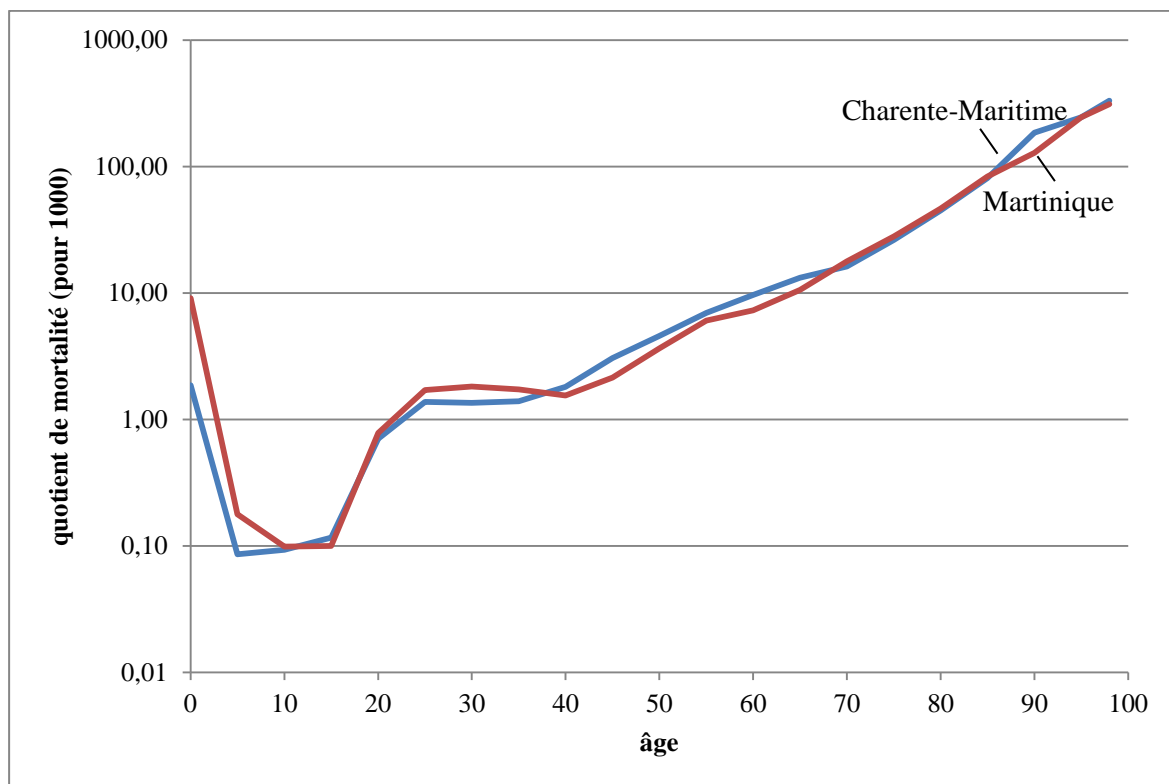
Des risques de mortalité plus importants dans les DOM jusqu'à 40 ans, avant de devenir inférieurs à ceux des départements métropolitains passé cet âge.

Figure 4 : Quotients de mortalité masculins par âge, Somme et Guadeloupe, 2008-2011



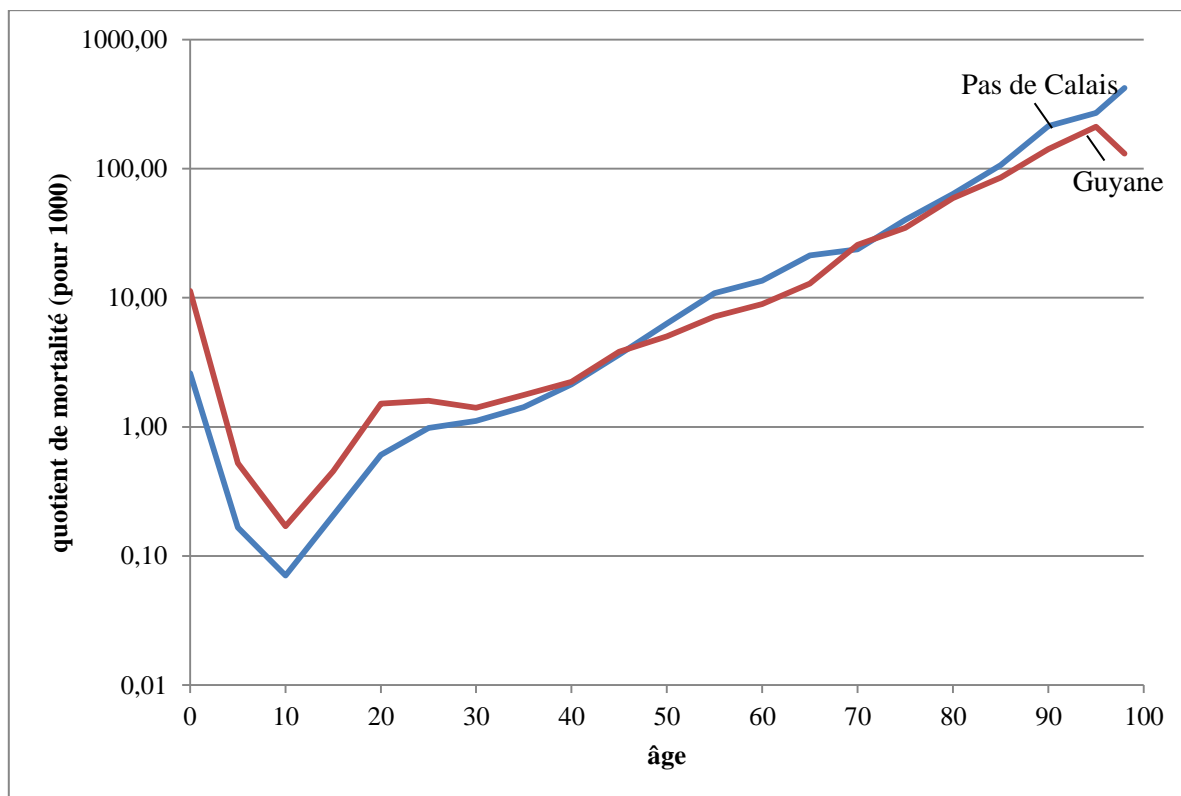
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, année 2008-2011. Calculs de l'auteur.

Figure 5 : Quotients de mortalité masculins par âge, Charente-Maritime et Martinique, 2008-2011



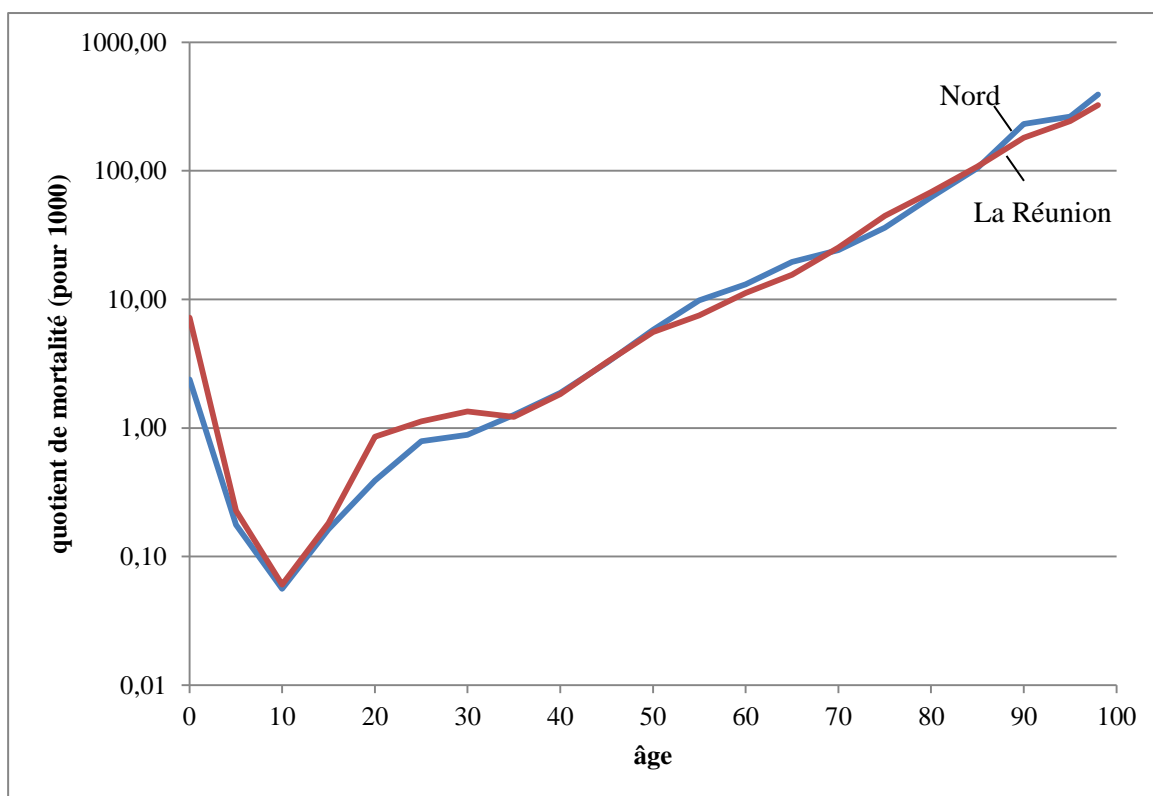
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, année 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 6 : Quotients de mortalité masculins par âge, Pas de Calais et Guyane, 2008-2011



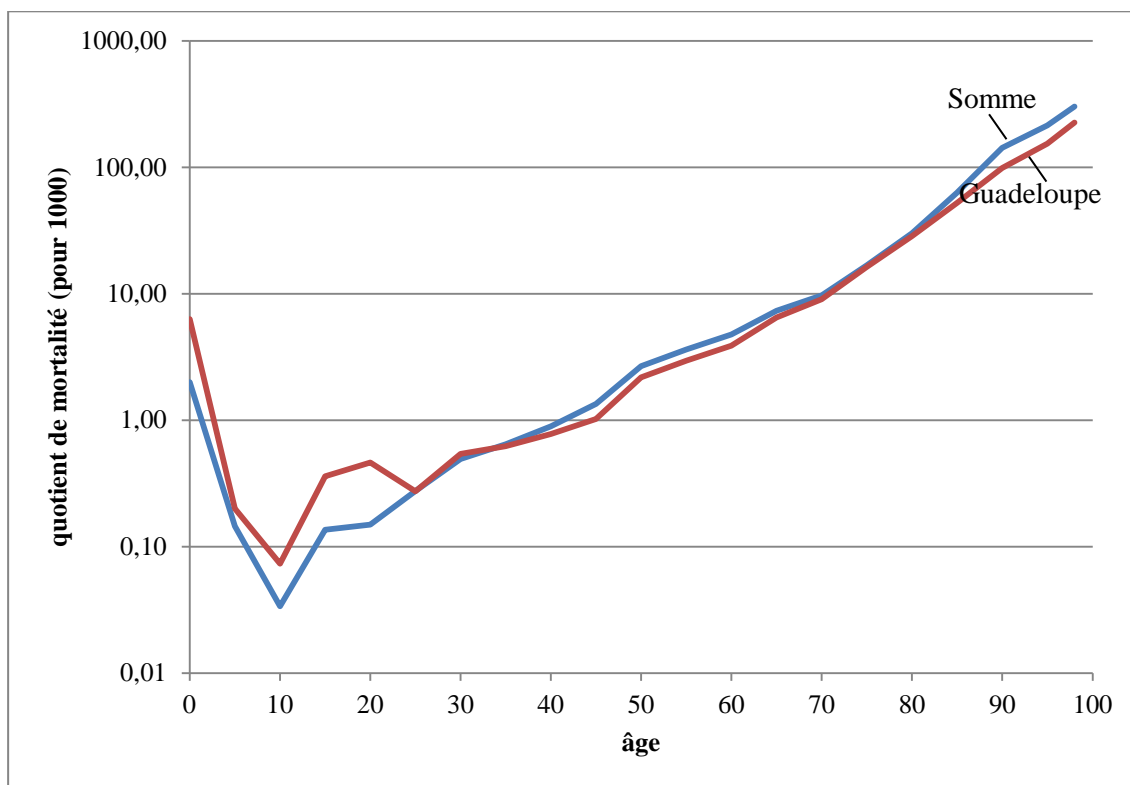
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 7 : Quotients de mortalité masculins par âge, Nord et La Réunion, 2008-2011



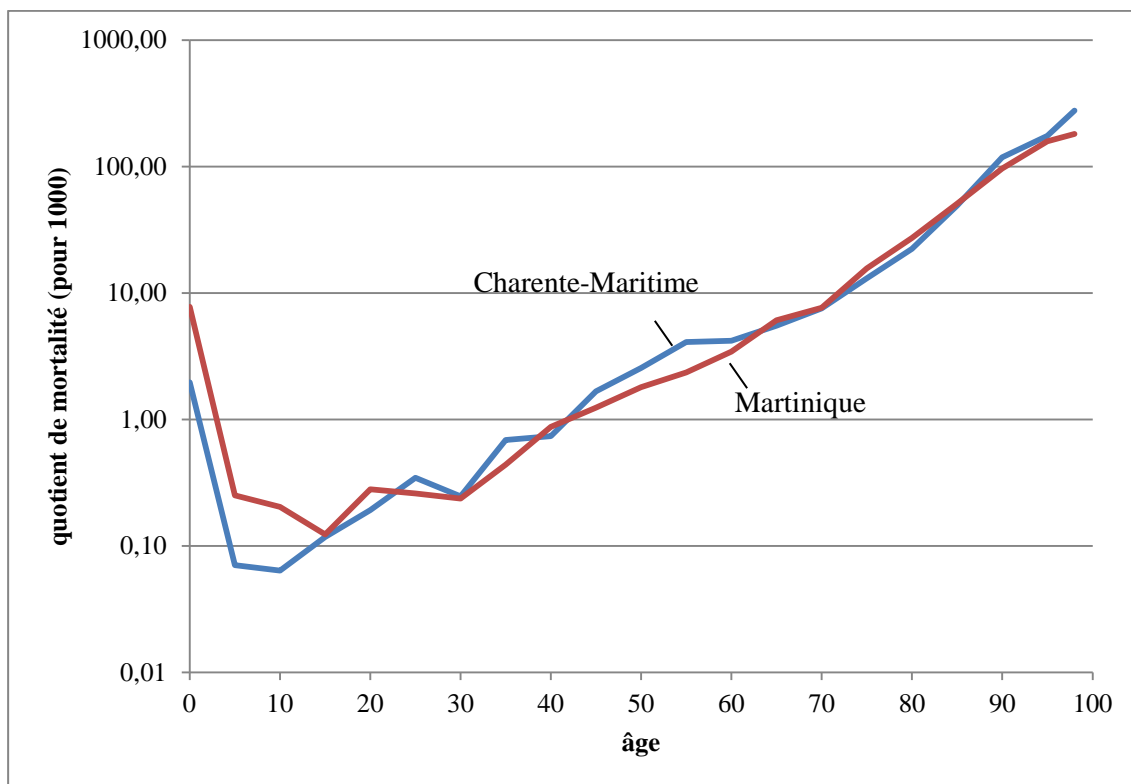
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 8 : Quotients de mortalité féminins par âge, Somme et Guadeloupe, 2008-2011



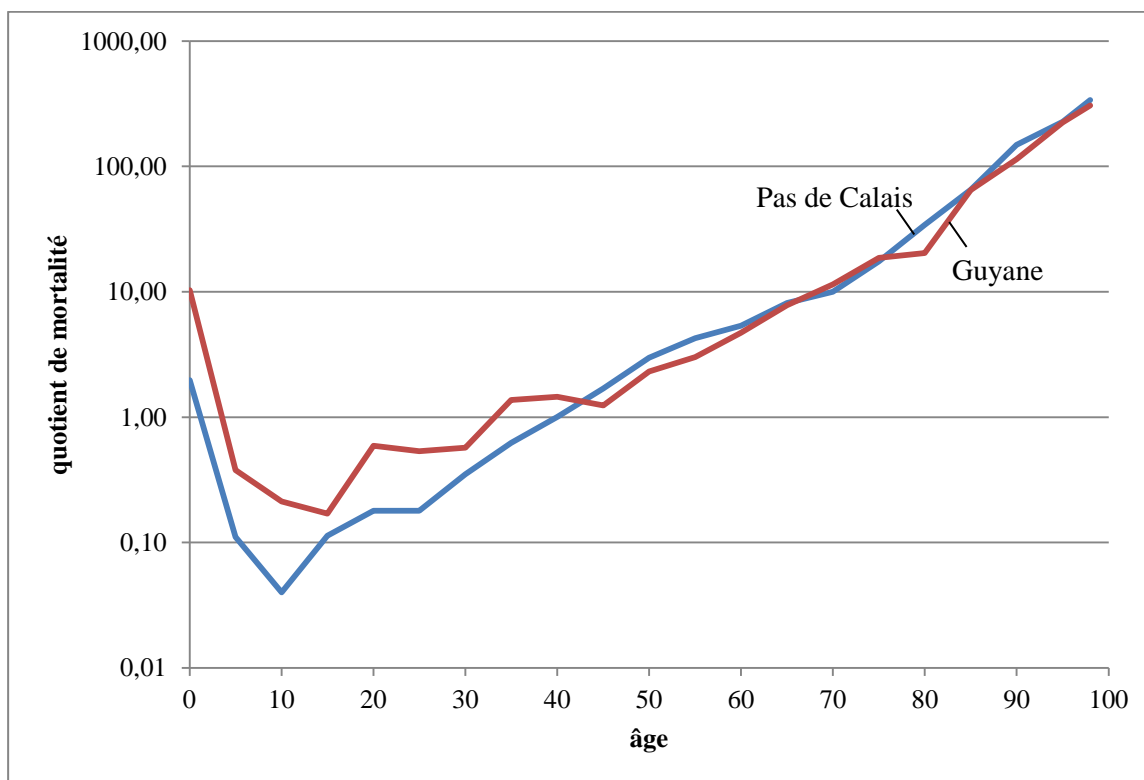
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 9 : Quotients de mortalité féminins par âge, Charente-Maritime et Martinique, 2008-2011



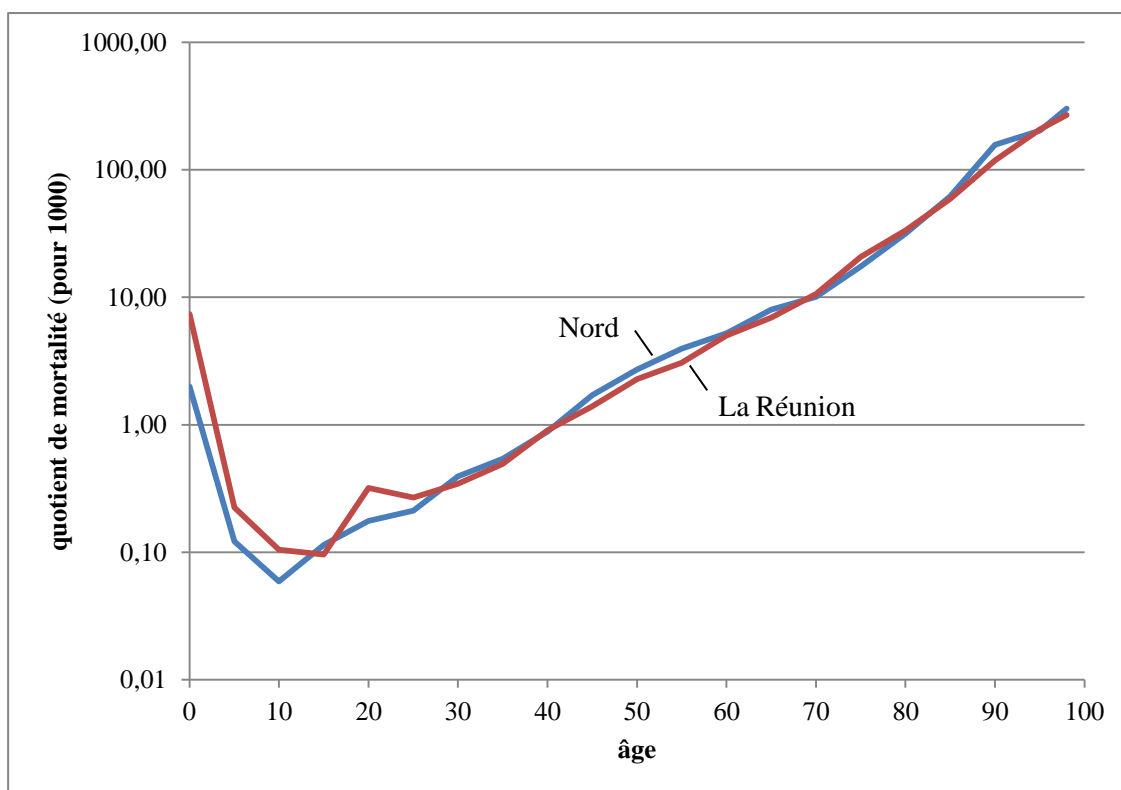
Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 10 : Quotients de mortalité féminins par âge, Pas de Calais et Guyane, 2008-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 11 : Quotients de mortalité féminins par âge, Nord et La Réunion, 2008-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Tableau 11 : Espérance de vie partielle 0-40 ans et espérance de vie à 40 ans dans chaque DOM et son département métropolitain de référence, selon le sexe, 2008-2011

	Hommes				Femmes			
	e ₀₋₄₀	Ecart	e ₄₀ ¹²	Ecart	e ₀₋₄₀	Ecart	e ₄₀	Ecart
Guadeloupe	38,8	0,7	39,1	1,7	39,3	0,4	45,1	1,3
Somme	39,4		37,4		39,7			
Martinique	38,9	0,6	40,4	0,9	39,2	0,5	45,9	0,4
Charente Maritime	39,5		39,6		39,7			
Guyane	38,4	1,1	38,4	2,5	38,8	0,9	44,4	1,2
Pas de Calais	39,5		35,9		39,7			
La Réunion	39,0	0,5	37,0	0,6	39,2	0,5	43,8	0,4
Nord	39,5		36,5		39,7			

Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

¹² e₄₀ est légèrement sous-estimée pour les deux sexes car les données disponibles ne permettent pas de construire les tables de mortalité au-delà de 99 ans.

6. Focus sur la mortalité des 18-35 ans

Les DOM se caractérisent par une surmortalité particulièrement forte sur la tranche d'âge 18-35 ans par rapport à la moyenne métropolitaine. Mais cette moyenne métropolitaine recouvre des disparités importantes d'un département à l'autre. Si l'on considère par exemple l'espérance de vie à la naissance, elle est de 78 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes pour l'ensemble de la France métropolitaine, mais varie entre 74,5 et 80,5 ans pour les hommes et 82,3 et 85,8 ans pour les femmes. C'est pourquoi nous allons étudier la mortalité des 18-35 ans dans les DOM en la comparant à celle de neuf départements métropolitains choisis en raison de leur espérance de vie à la naissance proche de celle des DOM (Nord, Pas-de-Calais, Somme), ou à l'inverse pour une espérance de vie parmi les plus longues (Hauts-de-Seine, Paris, Rhône), ou encore à cause d'une structure sociale (indicateurs de pauvreté) se rapprochant de celle des DOM (Corse du Sud, Haute-Corse, Seine-Saint-Denis).

6.1. La surmortalité des jeunes hommes, spécificité des DOM

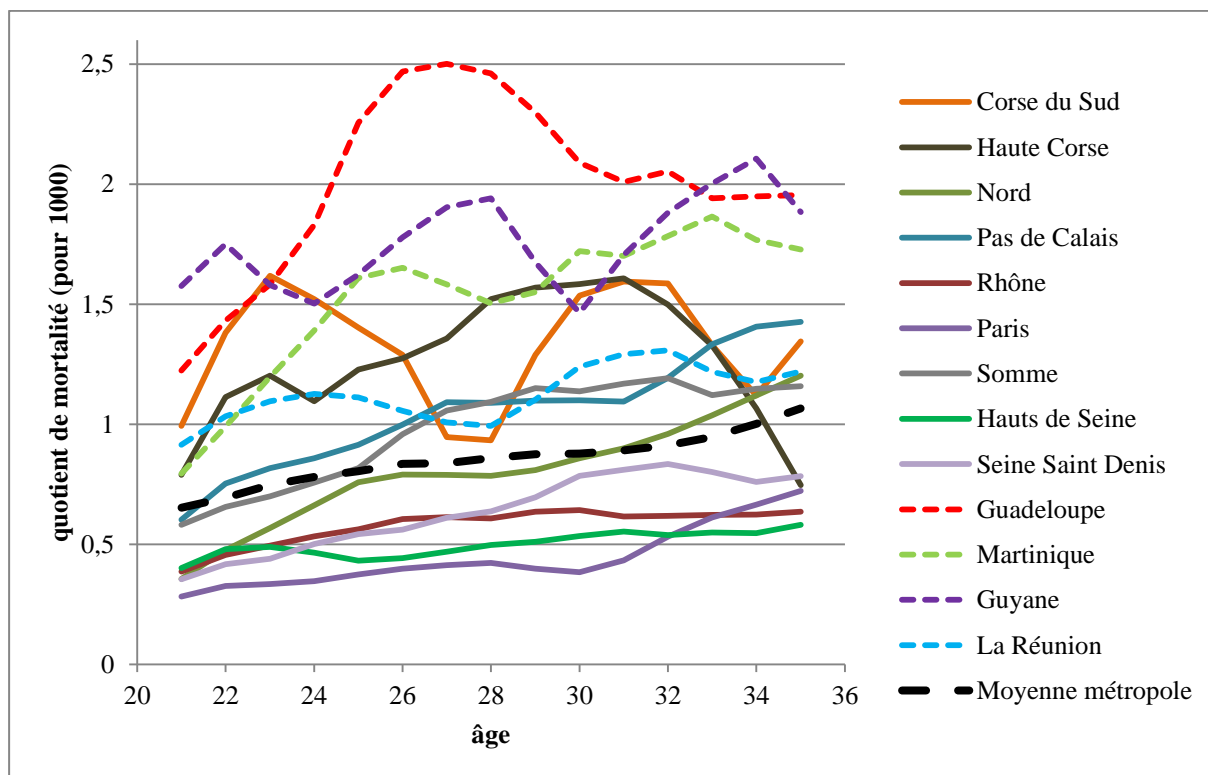
Les différences de risques de mortalité entre les départements sont plus marquées pour les hommes que pour les femmes (figures 12 et 13). En effet, pour les premiers, les risques varient entre 0,5‰ à Paris et 2,5‰ en Guadeloupe à 27 ans, tandis que pour les secondes, ils vont de 0,3 ‰ dans les Hauts-de-Seine à 1,4‰ en Guyane à 35 ans.

Quel que soit le sexe, la Guyane présente des risques de mortalité entre 18 et 35 ans supérieurs à tous les autres départements. C'est également le cas de la Guadeloupe et de la Martinique chez les hommes. Deux départements métropolitains présentent aussi des niveaux de mortalité élevés, proches de ceux des DOM pour les hommes comme pour les femmes : les deux départements corses. Leurs risques de mortalité restent toutefois inférieurs aux maximums enregistrés en outre-mer. En effet, le maximum atteint chez les hommes est de 2,5‰ en Guadeloupe contre 1,6‰ en Corse du Sud, et chez les femmes, on atteint 1,4‰ en Guyane contre seulement 0,75‰ en Corse du Sud.

Pour les deux sexes, les risques de mortalité à La Réunion se rapprochent de la moyenne observée en France métropolitaine, tout en restant légèrement supérieurs. A partir de 25 ans, les Réunionnais observent des niveaux de mortalité semblables à ceux de la Somme et du Pas de Calais, deux départements dont l'espérance de vie à la naissance est proche de celle de La Réunion (tableau 10).

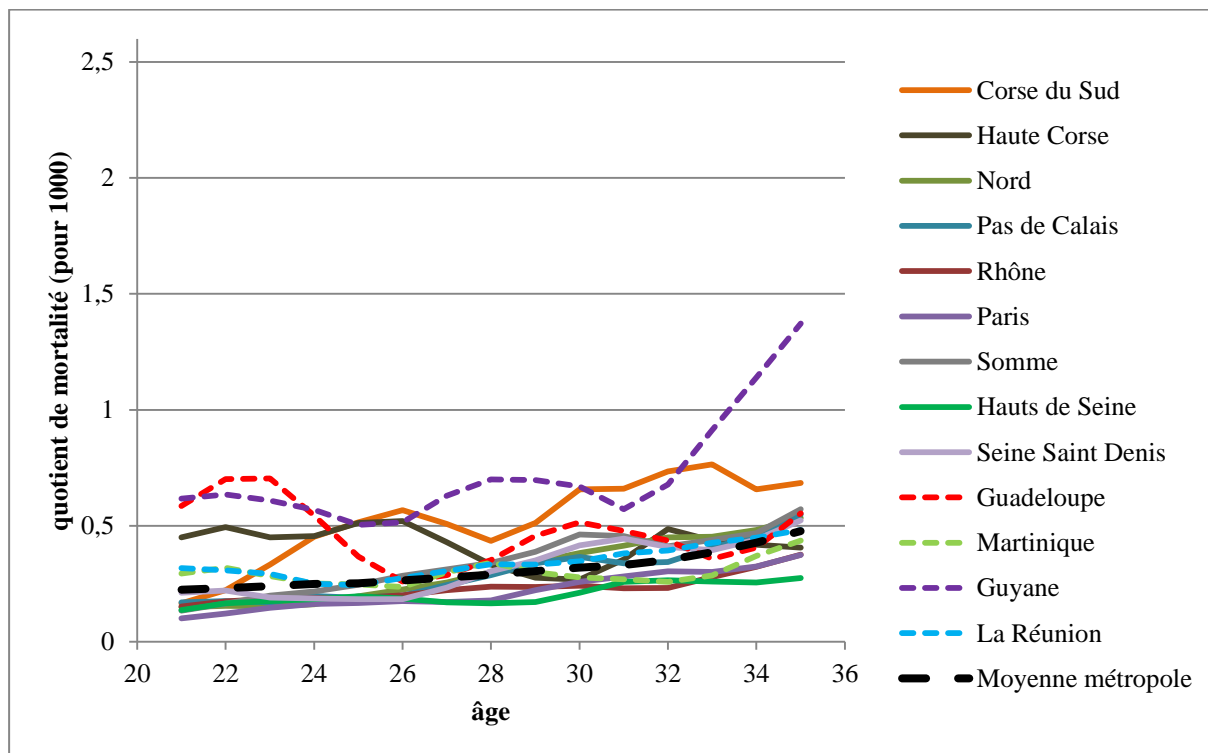
La situation en Martinique diffère selon le sexe. Pour les hommes, il y a une forte surmortalité sur la tranche d'âge étudiée, les niveaux de mortalité sont bien au-dessus de ceux enregistrés dans les départements métropolitains (à l'exception des deux départements corses). Tandis que pour les femmes, dès 28 ans les risques de mortalité passent en dessous de la moyenne métropolitaine pour rejoindre ceux observés dans les départements ayant la plus longue espérance de vie à la naissance (Rhône et Paris).

Figure 12 : Quotients de mortalité masculins par âge, entre 18 et 35 ans, DOM et départements métropolitains, 2008-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur

Figure 13 : Quotients de mortalité féminins par âge, entre 18 et 35 ans, DOM et départements métropolitains, 2008-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l’auteur.

Malgré des risques de mortalité différents d'un département à l'autre, les espérances de vie partielles entre 18 et 35 ans sont quasiment identiques pour tous les départements étudiés quel que soit le sexe (tableau 12). Elles varient entre 16,76 ans (en Guadeloupe) et 16,95 ans (à Paris), soit un écart de 0,19 an pour les hommes, et entre 16,92 ans (en Guyane) et 16,98 ans (dans les Hauts de Seine et à Paris), soit 0,06 an de différence pour les femmes. Cela représente, pour les hommes comme pour les femmes, plus de 99% des 17 années qu'il est possible de vivre entre 18 et 35 ans.

Tableau 12 : Espérances de vie partielles 18-35 ans selon le sexe, 2008-2011

	Hommes	Femmes
Corse du Sud	16,83	16,95
Haute Corse	16,84	16,94
Nord	16,91	16,97
Pas de Calais	16,88	16,97
Rhône	16,93	16,97
Paris	16,95	16,98
Somme	16,88	16,97
Hauts de Seine	16,94	16,98
Seine Saint Denis	16,93	16,97
Guadeloupe	16,76	16,94
Martinique	16,83	16,96
Guyane	16,78	16,92
La Réunion	16,86	16,96
Moyenne Métropole	16,90	16,97

Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l'auteur.

6.2. Des différences entre départements expliquées par les morts violentes

La variation interdépartementale est beaucoup plus importante chez les hommes que chez les femmes : la variance des taux de mortalité (toutes causes confondues) masculins s'élève à 102,8, contre seulement 6,4 pour les taux de mortalité féminins (tableau 13).

Quel que soit le sexe, ce sont les morts violentes (hors accidents de la route) qui contribuent le plus à cette variance. Elles en expliquent près de la moitié (52% pour les hommes, et 43% pour les femmes).

Pour les hommes, plus d'un tiers (35%) des variations de la mortalité entre les départements s'explique par les accidents de la route. Pour les femmes en revanche, cette cause n'est responsable que de 5% de la variance. Les deux autres causes les plus responsables de la variabilité territoriale de la mortalité féminine sont les tumeurs et les maladies cardiovasculaires, mais leurs contributions (à hauteur respectivement de 10 et 9,5%) restent très faibles comparées à celle des morts violentes.

Les DOM, à l'exception de La Réunion, se caractérisent par une forte surmortalité masculine entre 18 et 35 ans par rapport à la Métropole. Seuls deux départements métropolitains (les départements corses) présentent des risques de mortalité similaires.

Quel que soit le sexe, les différences de mortalité des 18-35 ans d'un département à l'autre sont en majeure partie liées à la mortalité accidentelle.

Tableau 13 : Variabilité interdépartementale de la mortalité des 15-35 ans¹³ : variance et contributions à la variance des taux de mortalité, par sexe et cause de décès, 2008-2011

	Hommes		Femmes	
	Variance	Contribution à la variance (%)	Variance	Contribution à la variance (%)
Maladies infectieuses	0,2	3,9	0,0	3,9
Tumeurs	0,1	-0,9	0,1	9,8
Maladies du sang	0,0	0,1	0,0	7,5
Maladies endocriniennes	0,0	0,4	0,0	3,6
Troubles mentaux et du comportement	0,1	1,3	0,0	-0,7
Maladies du système nerveux	0,3	2,5	0,0	6,6
Maladies de l'appareil circulatoire	0,1	2,2	0,1	9,5
Maladies de l'appareil respiratoire	0,0	1,5	0,0	4,4
Maladies de l'appareil digestif	0,1	1,1	0,0	2,3
Maladies du système ostéo-articulaire	0,0	-0,1	0,0	2,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,0	1,1	0,0	1,1
Malformations congénitales	0,0	-0,7	0,0	0,1
Symptômes non définis	2,4	0,0	0,5	1,4
Accidents de la route	14,0	35,4	0,1	5,3
Autres morts violentes	29,3	52,1	1,3	42,6
Toutes causes confondues	102,8	100,0	6,4	100,0

Source : Inserm – CepiDc et Insee – recensement de la population, années 2008-2011. Calculs de l'auteur.

Grille de lecture : La variance des taux de mortalité masculins entre 15 et 35 ans toutes causes confondues est de 102,8, dont 52,1% liés aux autres morts violentes.

¹³ Les données sur les causes de décès n'étant disponibles que par classes d'âge décennales, on est obligé d'inclure les 15-17 ans dans l'analyse.

Méthode de calcul (Barbieri, 2013) : Contribution d'une cause i à la variance de la mortalité toutes causes = $\frac{C(x_i)}{Var(x)}$ avec $C(x_i) = Var(x_i) + \sum_{i \neq j} Covar(x_i, x_j)$

$Var(x)$ = variance de la mortalité toutes causes et $Covar(x_i, x_j)$ = covariance entre le taux de mortalité par la cause i et le taux de mortalité par la cause j .

Encadré 1 : Le rôle des migrations sélectives

(cf. annexe 13.2 pour les figures et tableaux)

Les courbes des risques de mortalité des natifs des DOM vivant dans les DOM et des natifs des DOM vivant en Métropole¹⁴ ont la même position relative que les courbes des DOM par rapport à celle de la Métropole (figures 25 et 26) : quel que soit le sexe, on observe d'abord une surmortalité aux âges jeunes chez les natifs vivant dans les DOM, avant de rejoindre les niveaux de mortalité enregistrés par les natifs vivant en Métropole à partir de 50 ans. On note une différence entre hommes et femmes : pour les premiers, la surmortalité des natifs vivant dans les DOM demeure même aux âges élevés, elle s'atténue seulement, tandis que pour les secondes, les deux courbes se rejoignent et celle des natives vivant dans les DOM passe même parfois en dessous de celle des natives vivant en Métropole.

Les risques de mortalité sont souvent liés au niveau de diplôme et à la catégorie socioprofessionnelle : les classes supérieures sont moins exposées aux risques de mortalité que les classes populaires (van Raalte et al., 2012). Si l'on compare les niveaux de diplôme des natifs des DOM suivant leur histoire migratoire (natifs n'ayant jamais migré, natifs de retour et natifs vivant en Métropole), on constate que quel que soit le sexe les natifs n'ayant jamais quitté leur département de naissance sont largement sous-diplômés par rapport à ceux ayant connu une expérience migratoire : plus de 90% des personnes (hommes comme femmes) âgées de 75 à 79 ans et n'ayant jamais migré n'ont aucun diplôme, contre 51% des hommes et 63% des femmes du même âge vivant en Métropole. Chez les jeunes, 31% des hommes et 22% des femmes de 25-29 n'ayant jamais quitté les DOM sont sans aucun diplôme, cette proportion tombe à 10,3% pour les hommes et 7,8% pour les femmes de la même tranche d'âge vivant en Métropole. Chez les natifs de retour, quel que soit le sexe on trouve plus de titulaires d'un diplôme supérieur à bac+3 que parmi les autres natifs à presque tous les âges (tableaux 17 et 18).

On peut faire le même constat en ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles (tableaux 19 et 20) : la proportion de cadres et professions intermédiaires est beaucoup plus faible chez les natifs qui n'ont jamais quitté les DOM : le maximum est respectivement de 22% à 65-69 ans pour les hommes et 21% à 55-59 ans pour les femmes contre 31% pour les natifs vivant en Métropole à 35-39 ans et 34% à 30-34 ans pour les natives vivant en Métropole. Chez les femmes, la proportion d'inactives est fortement réduite par la migration (divisée par deux voire par quatre quel que soit l'âge, sauf pour la tranche d'âge la plus jeune

¹⁴ En raison des faibles effectifs de natifs de certains DOM (en particulier la Guyane) en Métropole, on considère les quatre DOM comme un seul et même territoire.

(18-24 ans) mais cela est sans doute dû à la proportion importante d'étudiantes parmi les jeunes migrantes en Métropole). Ce sont toutefois les migrants de retour qui se trouvent dans la meilleure situation : on trouve parmi eux les proportions de cadres les plus importantes quel que soit le sexe et l'âge, et à diplôme égal, ils trouvent un emploi plus qualifié que les natifs vivant en Métropole : par exemple, 42% des natifs de retour titulaires du bac ou d'un brevet professionnel sont cadres, contre seulement 25% des natifs vivant en Métropole titulaires du même diplôme (tableau 21). Ce constat est cependant à nuancer au regard de la situation des plus jeunes : en effet, les natifs de retour âgés de 18 à 24 ans sont beaucoup plus touchés par le chômage : 28% contre 5% des natifs vivant en Métropole chez les hommes, et 12% contre 6% des natives vivant en Métropole chez les femmes. Pour les hommes, les natifs de retour de 18-24 ans sont même plus souvent au chômage (28%) que les natifs du même âge qui n'ont jamais connu d'expérience migratoire (22%).

La migration des DOM vers la Métropole est très sélective et concerne principalement les catégories les plus favorisées. Les natifs de retour dans leur département de naissance après une migration se retrouvent ainsi dans une situation beaucoup plus favorable que ceux qui ne l'ont jamais quitté. Cela peut donc en partie expliquer le rapprochement des risques de mortalité entre DOM et Métropole aux âges élevés : les natifs de retour représentent entre 45 et 55% de la population masculine et entre 25 et 30% de la population féminine des DOM entre 45 et 60 ans.

7. Présentation et origines de l'espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est un indicateur développé à partir des années 70 lorsqu'on a commencé à observer un allongement de l'espérance de vie à la naissance lié à un recul de la mortalité aux âges les plus élevés. La question qui se pose dès lors concerne les conséquences de cette augmentation de l'espérance de vie. On vit en moyenne plus longtemps, mais ces années de vie gagnées sont-elles des années de bonne santé, ou au contraire l'allongement de la durée de vie est-elle synonyme d'allongement du nombre d'années vécues en mauvaise santé ? Plusieurs théories ont été développées sur la question, dont trois principales :

- Compression de la morbidité¹⁵ (Fries, 1980) : l'augmentation de la durée de vie s'accompagne d'une diminution de la prévalence des maladies chroniques dégénératives
- Augmentation de la morbidité (Kramer, 1980) : cette théorie soutient exactement l'inverse de la première – l'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation des années vécues avec des maladies chroniques dégénératives
- Equilibre dynamique (Manton, 1982) : la durée de vie vécue avec des maladies chroniques dégénératives s'allonge proportionnellement à l'espérance de vie, avec des variations dans les niveaux de sévérité de ces maladies.

La méthode de la table à prévalence observée, également connue sous le nom de « méthode de Sullivan », dérive des estimations d'espérance de vie appliquées à des statuts spécifiques dont les premiers modèles datent de la fin des années 1930 dans le domaine de l'activité professionnelle. La première table à prévalence observée a été construite par Durand en 1948. Il s'agissait d'appliquer les taux d'activité par âge aux années personnes à chaque âge de la table de mortalité du moment, afin de mesurer l'espérance de vie en activité (Cambois et al., 1998). En 1971, Sullivan reprend la méthode de Durand pour l'appliquer à la mesure de l'état de santé, en l'appréhendant à partir des taux d'incapacité à chaque âge tirés d'enquêtes transversales. (Sullivan, 1971). En France, les premiers calculs d'EVSI ont été réalisés par A. Colvez et J.-M. Robine dans les années 1980 (Colvez et Robine, 1986)

L'EVSI telle que l'a développée Sullivan est aujourd'hui utilisée pour les comparaisons internationales. Les études sur l'EVSI ont ainsi permis de montrer que des espérances de vie égales peuvent cacher des disparités importantes en termes d'état de santé dans les populations concernées. Robine et al. (cités par Cambois et Robine, 2012) montrent par exemple que même si le Royaume-Uni et la Finlande présentaient une espérance de vie à 65 ans identique (13 ans) en 1986, les Britanniques pouvaient espérer en vivre plus de la moitié (7 ans) sans incapacité, contre moins d'un tiers (4 ans) pour les Finlandais.

¹⁵ Morbidité : prévalence des maladies chroniques dégénératives.

La méthode de Sullivan pour le calcul de l'EVSI présente toutefois quelques points faibles :

- Il s'agit d'un indicateur transversal : comme l'espérance de vie du moment, il est le résultat des conditions de vie que l'ensemble des générations composant les survivants de la table de mortalité ont connu depuis leur naissance, c'est donc une approximation des conditions réelles de l'année étudiée. Il faut que les prévalences de l'incapacité soient relativement stables au cours du temps pour obtenir une estimation fiable.
- On considère toute sortie de l'état initial (l'absence de limitations d'activité) comme définitive. Les allers-retours entre incapacité et absence d'incapacité ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indicateur.
- Les enquêtes permettant de mesurer la prévalence de l'incapacité n'ont souvent lieu que parmi la population vivant en ménage ordinaire. Pour les individus en institution, on considère que tous sont en incapacité, ce qui constitue une hypothèse de travail très forte qui surestime certainement la prévalence de l'incapacité parmi la population en institution en particulier pour les niveaux sévères.
- Le calcul de l'indicateur se base sur une question dont la réponse est en partie subjective, et peut être influencée par la formulation de la question et/ou le protocole de collecte, comme nous allons le montrer (tableau 14).

On peut également calculer une espérance de vie en bonne santé (basée sur un indicateur de santé perçue), ou une espérance de vie sans maladies chroniques. On choisit de se concentrer uniquement sur l'espérance de vie sans incapacité (calculée à partir des taux de limitation d'activité), car il s'agit de l'indicateur le moins soumis à la subjectivité de la personne enquêtée et donc le plus adapté aux comparaisons entre plusieurs territoires.

8. Espérance de vie sans incapacité : les sources de données

Tableau 14 : Tableau synoptique des différentes sources de données pour la prévalence de l'incapacité en Métropole et dans les DOM

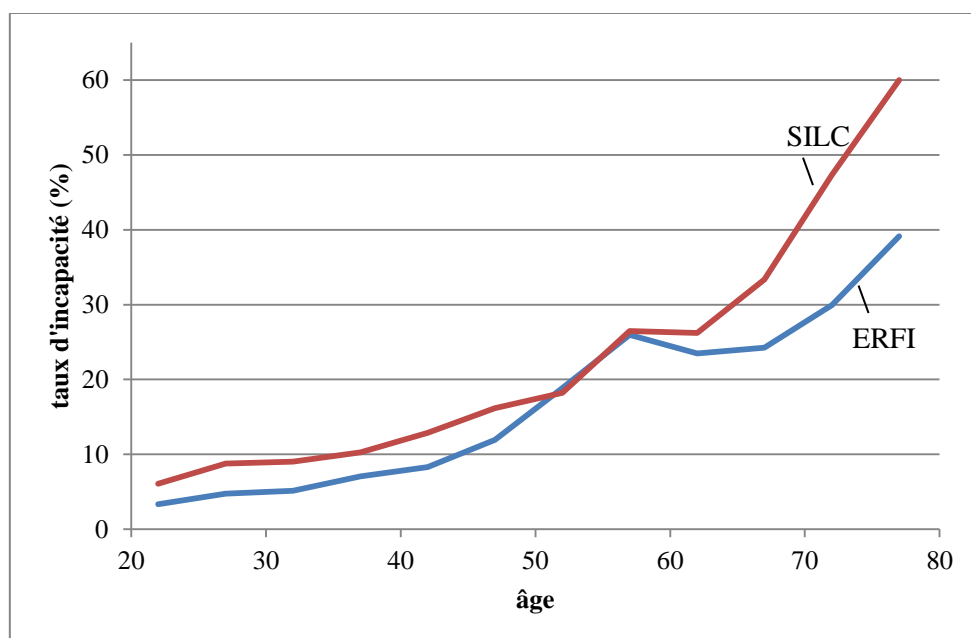
Enquête	Année(s) de collecte	Champ de l'enquête (pour la France)	Protocole d'enquête	Mode de passation du questionnaire	Intitulé de la question sur les limitations d'activité	Modalités de réponse
SILC (Statistics on Income and Living Conditions)	2004-2010	France métropolitaine, individus âgés de 16 ans et plus	Proxy autorisé*	Face à face	Depuis au moins 6 mois, en raison de problèmes de santé, êtes-vous limité dans les activités que font les gens habituellement ?	« Oui, fortement limité » « Oui, limité mais pas fortement » « Non, pas limité du tout »
HSM (Handicap Santé – volet Ménages)	2008	France entière (Métropole + DOM), tous âges	Proxy autorisé	Face à face	Etes-vous limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que font habituellement les gens ?	« Oui, fortement limité » « Oui, limité mais pas fortement » « Non, pas limité du tout »
ESPS (Enquête Santé et Protection Sociale)	1988-2012	France métropolitaine – ménages comportant au moins un bénéficiaire majeur de l'Assurance Maladie. Tous âges.	Proxy autorisé	Questionnaire auto-administré	Etes-vous limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?	« Oui, fortement limité » « Oui, limité » « Non »
SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)	2004, 2006, 2010, 2012	France métropolitaine – ménages dans lesquels au moins une personne âgée de 50 ans ou plus a été recensée. Individus âgés de 50 ans et plus + leur conjoint quel que soit l'âge	Proxy autorisé	Face à face	Au cours des 6 derniers mois, dans quelle mesure des problèmes de santé vous ont-ils empêchés d'avoir des activités normales ?	« Fortement limité » « Limité, mais pas fortement » « Absolument pas limité »
ERFI (Etude des Relations Familiales et Intergénérationnelles)	2005	France métropolitaine, individus âgés entre 18 et 79 ans	Tirage Kish**	Face à face	Etes-vous limité dans votre capacité à effectuer des activités quotidiennes normales en raison d'un problème de santé physique ou d'un handicap ?	« Oui » « Non »
MFV (Migrations, Famille, Vieillesse)	2009	DOM, individus âgés entre 18 et 79 ans	Tirage Kish	Face à face	Etes-vous limité depuis au moins 6 mois dans vos activités quotidiennes à cause d'un problème de santé ?	« Oui fortement limité » « Oui limité mais pas fortement » « Non pas limité du tout »

L'indicateur d'espérance de vie sans incapacité est basé sur une approche déclarative des limitations d'activité. Les taux d'incapacité mesurés sont donc soumis à des variations plus ou moins importantes selon la source de données utilisée. En effet, le protocole d'enquête, les caractéristiques des répondants ou encore la formulation de la question influent sur les réponses des enquêtés.

Si l'on prend en compte les protocoles d'enquête, il faudrait utiliser ERFI comme source de données pour le calcul de l'EVSI en France métropolitaine, puisqu'il s'agit de la seule enquête métropolitaine dont le protocole d'enquête est identique à celui utilisé par MFV dans les DOM. Cependant, l'enquête ERFI ne propose que deux modalités de réponse à la question sur les limitations d'activité (« oui » et « non »), là où toutes les autres enquêtes (y compris MFV) en proposent trois (« fortement limité », « limité mais pas fortement », « pas limité du tout »), permettant ainsi à l'enquêté de nuancer sa réponse. Tandis que lorsque seules deux modalités sont proposées, on peut supposer que l'enquêté risque de se censurer et réserver la réponse positive uniquement aux situations d'incapacité les plus sévères. De plus, l'utilisation du mot « handicap » dans la formulation de la question posée par l'enquête ERFI risque également de conduire à une sous-déclaration de l'incapacité, l'enquêté pouvant s'estimer limité, mais pas handicapé (Sieurin et al., 2011).

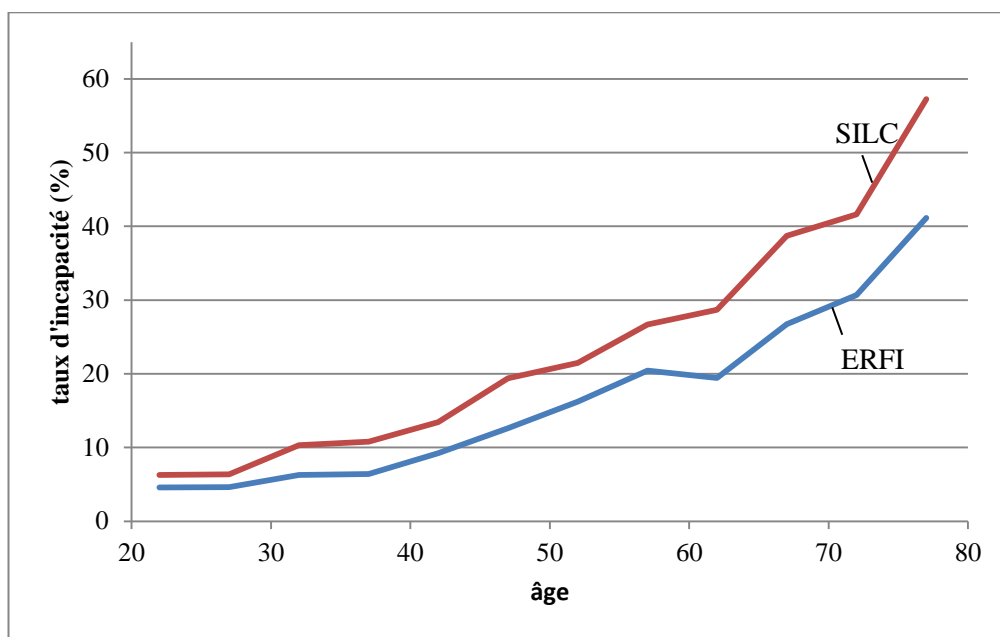
Pour illustrer la variabilité de la prévalence de l'incapacité selon les sources de données, on compare les taux d'incapacité entre 18 et 80 ans obtenus avec les enquêtes SILC 2005 et ERFI 2005.

Figure 14 : Prévalence de l'incapacité observée en France métropolitaine pour les hommes selon la source de données, 2005



Source : enquêtes ERFI 2005 et SILC 2005

Figure 15 : Prévalence de l'incapacité observée en France métropolitaine pour les femmes selon la source de données, 2005



Source : enquêtes ERFI 2005 et SILC 2005

Pour les deux sexes, les courbes de limitation d'activité obtenues avec ERFI et SILC ont le même profil, mais celle des données issues de SILC est systématiquement au-dessus de celle des données issues d'ERFI, quel que soit l'âge (sauf entre 50 et 60 ans pour les hommes, où elles sont confondues). L'écart entre les deux courbes augmente avec l'âge, ainsi, à 70 ans, la prévalence de l'incapacité est de 30% selon ERFI contre 47% selon SILC pour les hommes, et de 30% selon ERFI contre 42% selon SILC pour les femmes – soit un écart supérieur à 10 points à chaque fois.

L'enquête SILC proposant une formulation beaucoup plus proche et les mêmes modalités de réponse que l'enquête MFV pour les limitations d'activité, on utilisera cette source de données pour le calcul de l'EVSI en Métropole.

* Proxy autorisé : si un individu du ménage enquêté ne peut répondre à l'enquête lui-même, une autre personne du ménage est autorisée à répondre en son nom. Ainsi, le répondant au questionnaire n'est pas forcément la personne concernée par l'enquête.

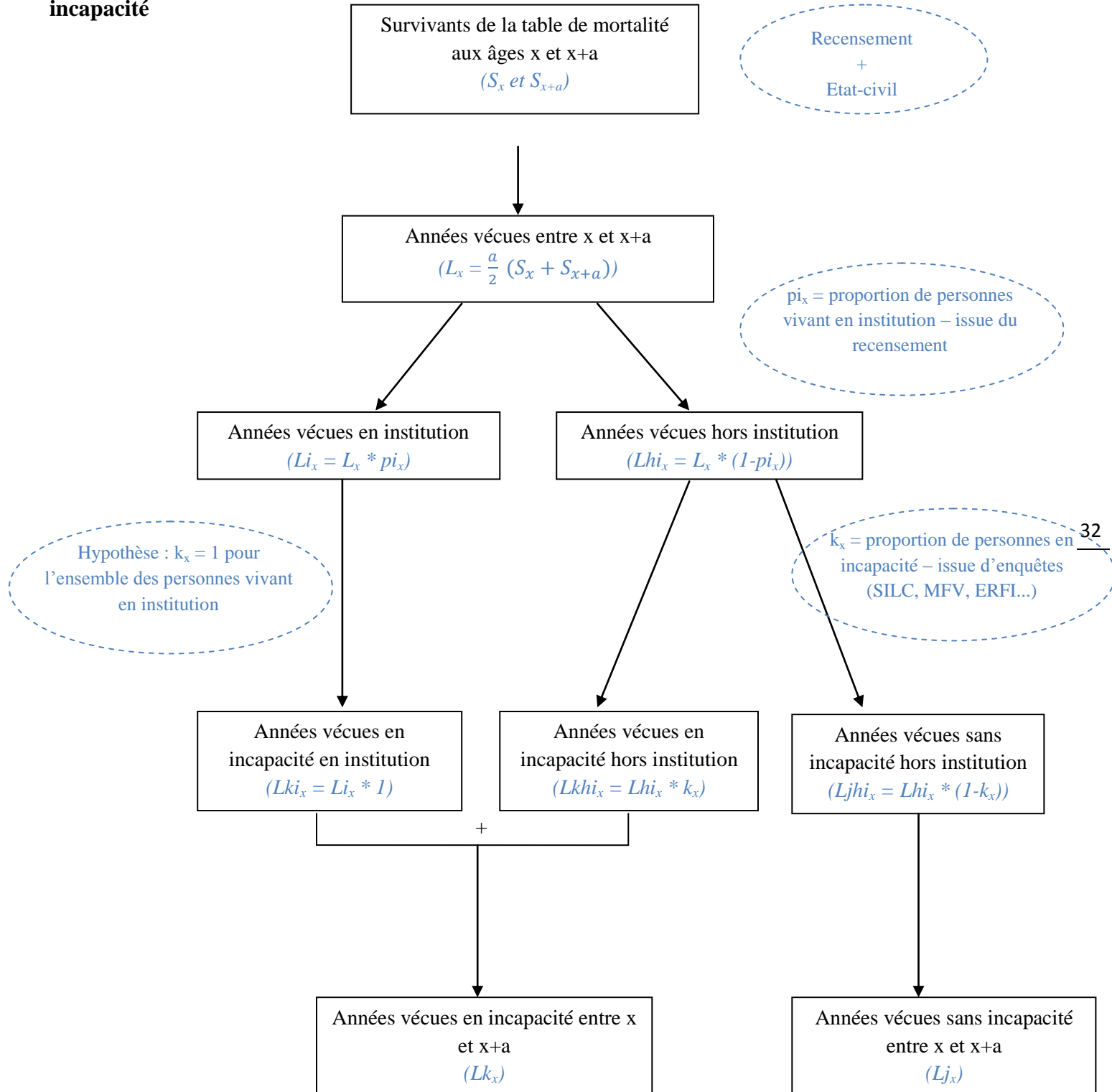
** Tirage Kish : dans chaque ménage enquêté, on tire au sort une personne parmi les résidents du ménage âgés de 18 ans ou plus. Cette personne, appelée individu Kish, répondra à l'enquête. Si elle ne peut pas ou ne veut pas répondre, on tire un autre individu Kish. La personne qui répond au questionnaire est forcément la personne concernée par l'enquête.

9. Calcul de l'espérance de vie sans incapacité par la méthode de Sullivan

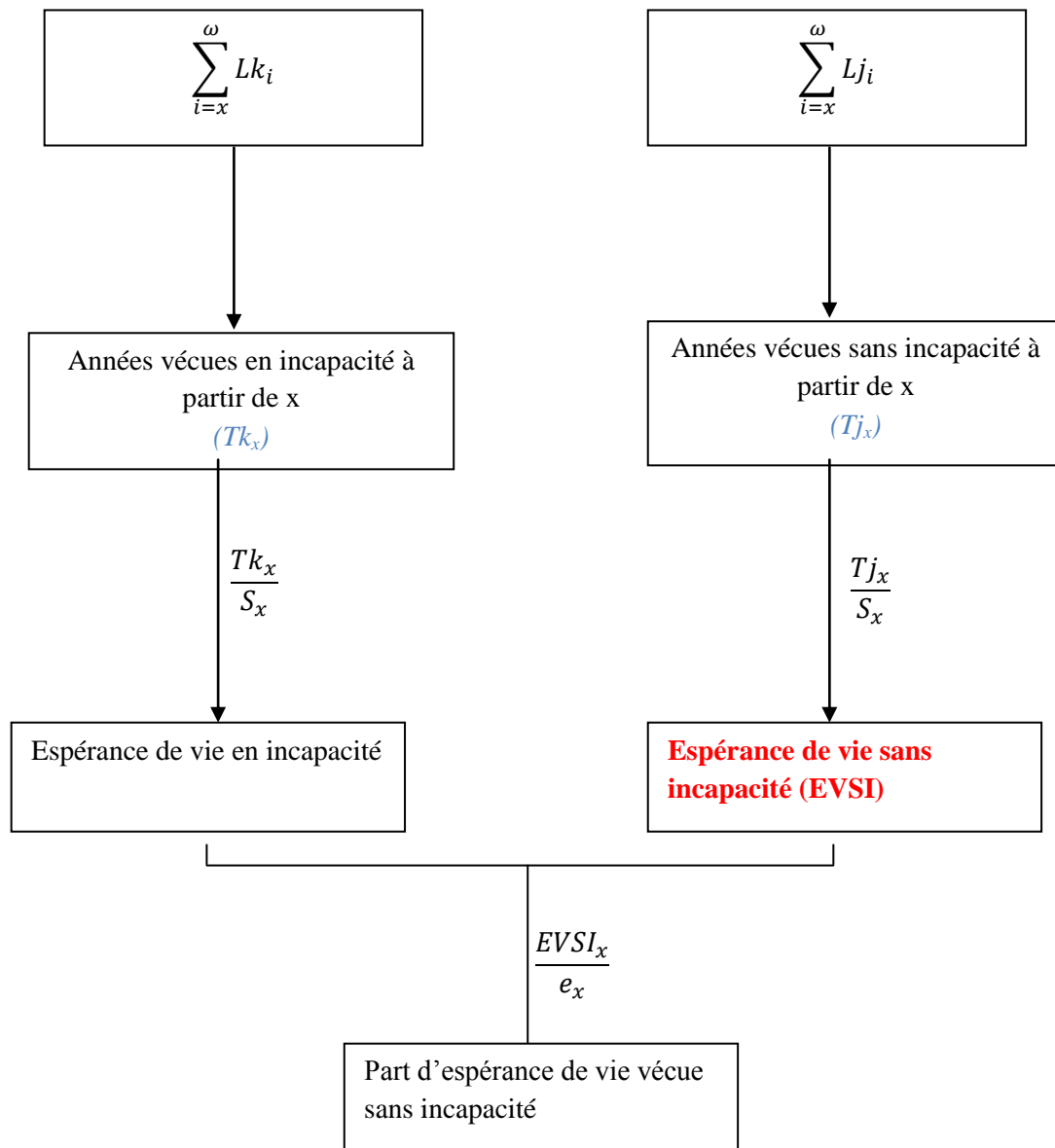
9.1. Méthodologie

9.1.1. Généralisation

Etape 1 : Ventilation des années vécues entre x et x+a entre années vécues en incapacité et sans incapacité

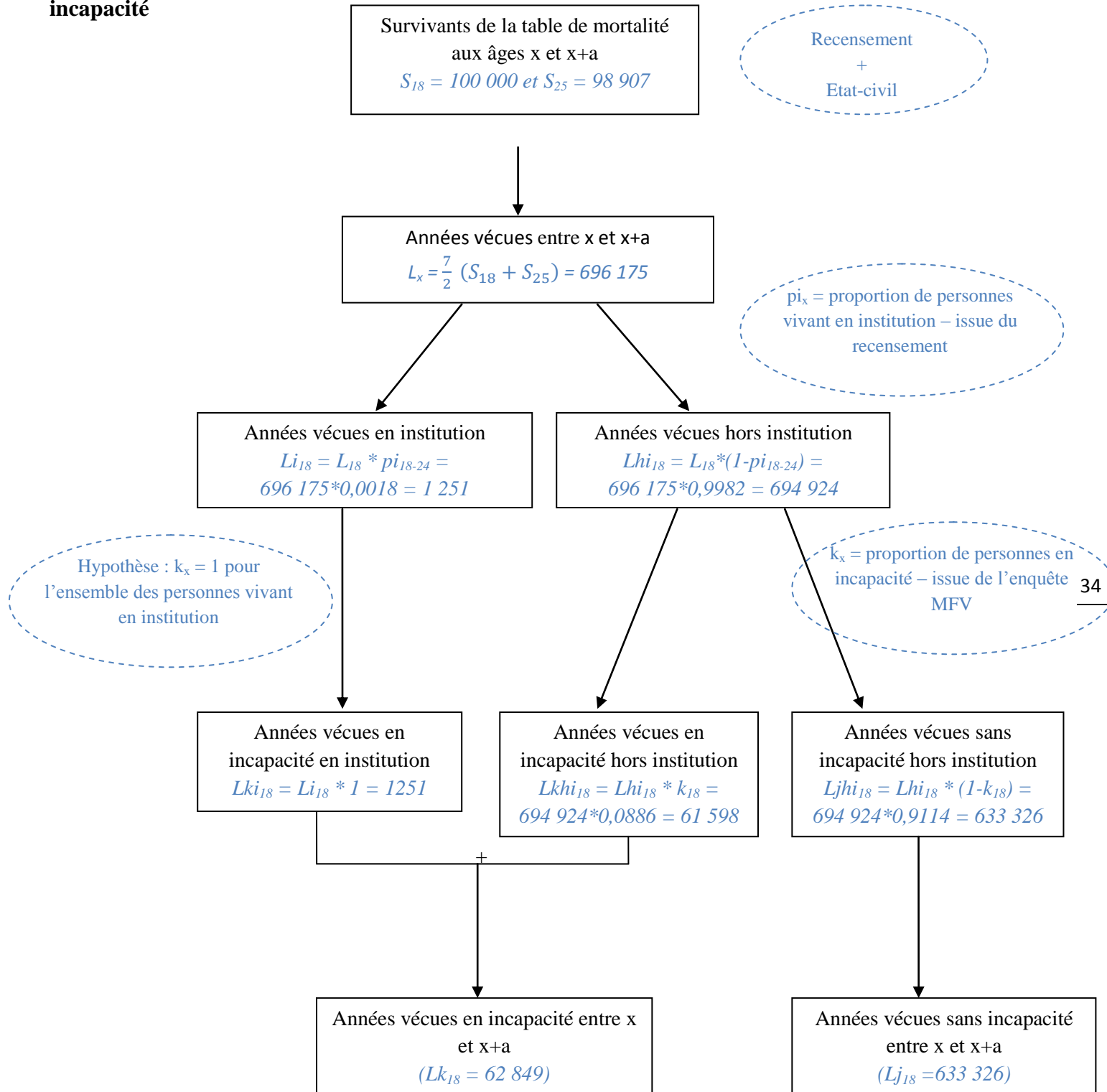


Etape 2 : Synthèse des années vécues entre x et ω

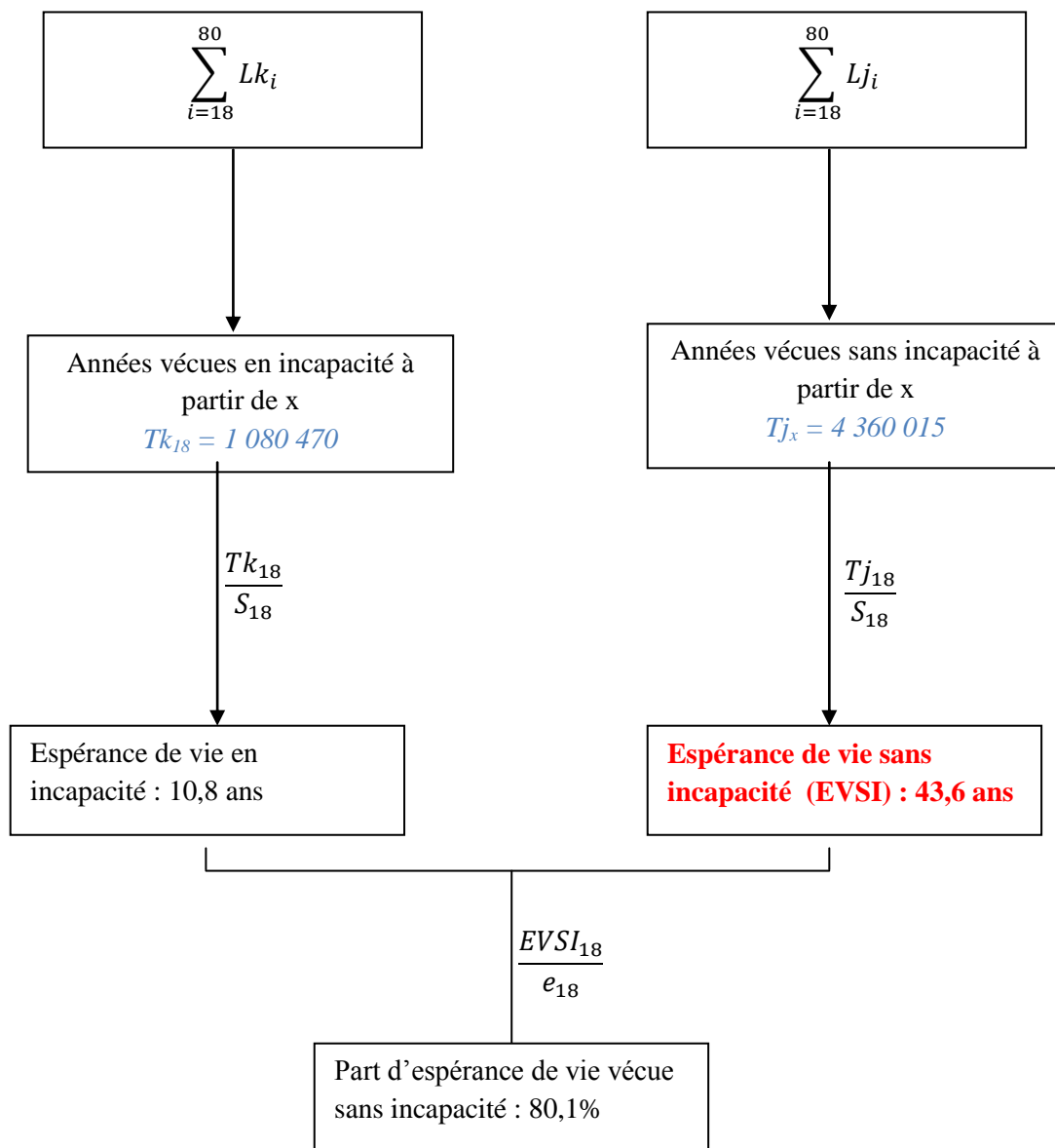


9.1.2. Exemple pour les hommes en Guadeloupe

Etape 1 : Ventilation des années vécues entre 18 et 25 ans entre années vécues en incapacité et sans incapacité



Etape 2 : Synthèse des années vécues entre 18 et 80 ans



9.2. Une institutionnalisation moins fréquente dans les DOM

La proportion de personnes vivant en institution¹⁶ à chaque âge évolue au même rythme dans les DOM et en Métropole : elle est très faible (moins de 1% de la population) jusqu'à environ 60 ans, puis augmente régulièrement et rapidement ensuite (figures 16 et 17).

L'entrée en institution survient plus tard dans les DOM par rapport à la Métropole. En effet, en Métropole le seuil de 1% de personnes en institution est atteint dès 50 ans pour les hommes contre 70 ans dans les DOM, voire 80 en Guadeloupe.

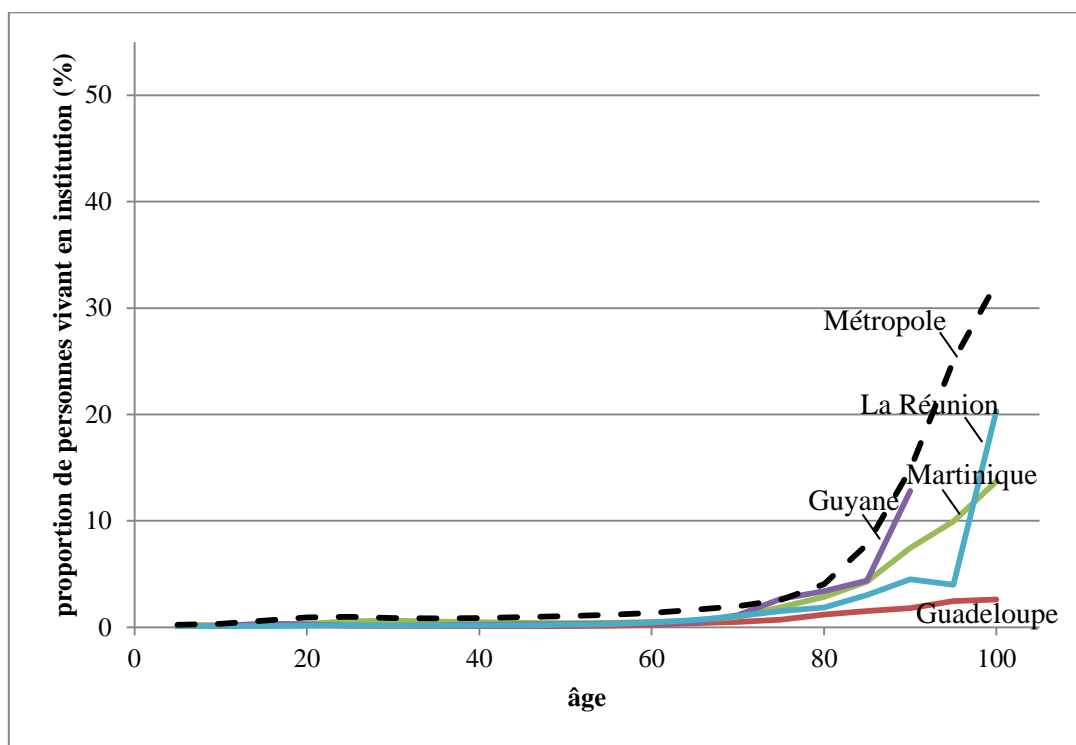
Sur la tranche d'âge à laquelle on s'intéresse pour le calcul de l'EVSI (18-80 ans), il y a peu de différences entre les proportions de personnes en institution dans les DOM et en Métropole. Pour les femmes, toutes les courbes sont confondues jusqu'à 60 ans et ne s'écartent que très peu les unes des autres ensuite. Pour les hommes, on observe des écarts un peu plus importants puisque dès 40 ans la courbe de la Métropole se retrouve au-dessus de celle des DOM, et l'écart atteint presque 3 points avec la Guadeloupe à 80 ans. Cependant, les proportions restent très faibles (moins de 5% de la population masculine), cela ne devrait donc pas avoir une influence trop importante sur le calcul de l'EVSI.

Passé 80 ans, on observe des écarts importants entre les DOM et la Métropole : la proportion de personnes en institution augmente beaucoup plus vite en Métropole, atteignant un tiers de la population masculine et la moitié de la population féminine, tandis que dans les DOM on n'atteint jamais un quart de la population, quel que soit le sexe. On observe également des écarts conséquents d'un DOM à l'autre : par exemple, à 90 ans, environ 15% de la population guyanaise (pour les hommes comme pour les femmes) vit en institution, contre 1,8% des hommes et 3% des femmes en Guadeloupe. Ainsi, puisque la méthode de calcul de l'EVSI considère l'ensemble des personnes en institution comme étant en incapacité, il est probable que ce fort écart dans les lieux de vie des personnes âgées entre DOM et Métropole entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une diminution plus rapide de l'EVSI en Métropole que dans les DOM si l'on poursuit le calcul de l'indicateur au-delà de 80 ans.

La vie en institution est plus fréquente, et survient plus tôt en Métropole que dans les DOM, en particulier pour les hommes. La situation est différente d'un DOM à l'autre : en Guadeloupe, l'institutionnalisation reste un phénomène très marginal même aux âges les plus élevés, tandis qu'en Guyane, on observe des proportions beaucoup plus proches de celles de la Métropole.

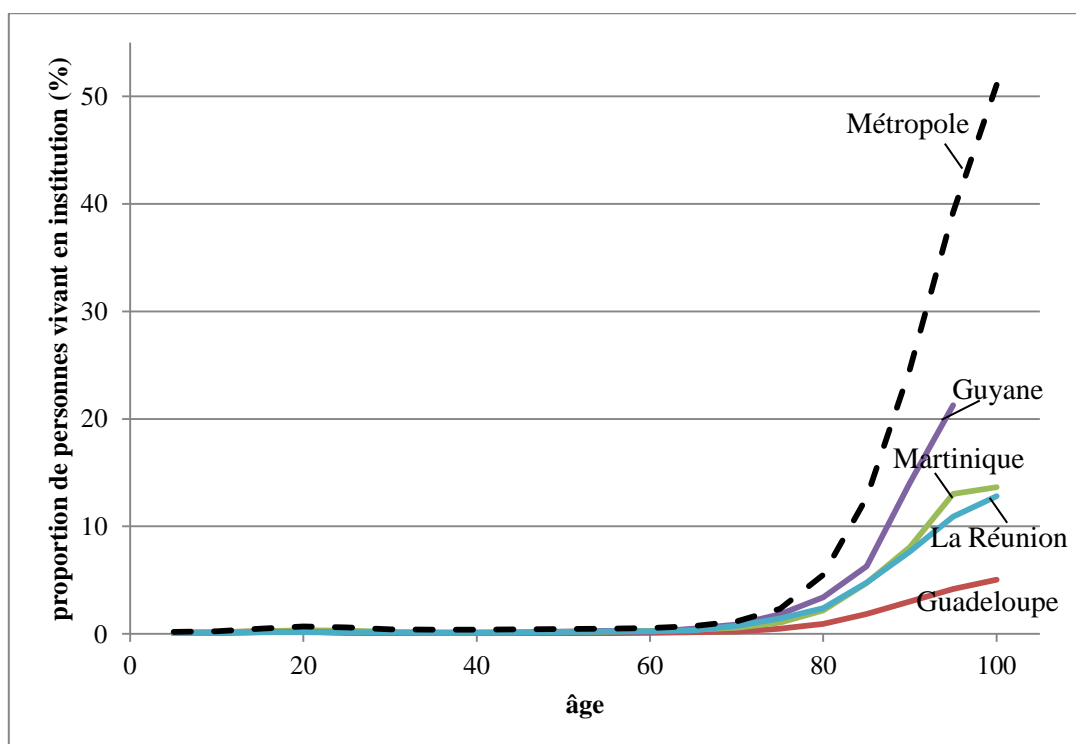
¹⁶ On entend par institution les établissements de moyen ou long séjour, maisons de retraite et foyers ou résidences sociales.

Figure 16 : Proportion d'*hommes* vivant en institution à chaque âge, Métropole et DOM, 2010



Source : Insee – recensement de la population, année 2010

Figure 17 : Proportion de *femmes* en institution à chaque âge, Métropole et DOM, 2010



Source : Insee – recensement de la population, année 2010

9.3. Une prévalence de l'incapacité plus forte chez les femmes aux âges élevés

Quel que soit le sexe et le département, la proportion de personnes déclarant être limitées dans leurs activités quotidiennes augmente de manière régulière avec l'âge (figures 18 et 19).

Aux âges les plus jeunes, c'est la Métropole qui enregistre les proportions de personnes en limitation d'activité les plus importantes, ce jusqu'à 40 ans chez les femmes et 50 ans chez les hommes. Par exemple, à 35 ans, on observe 12% de personnes en incapacité en Métropole contre 7% en Guyane pour les hommes, et pour les femmes, au même âge 15% des métropolitaines sont limitées dans leurs activités quotidiennes contre seulement 4% des Réunionnaises.

Aux âges élevés, la situation est différente selon le sexe. Pour les hommes, les courbes de La Réunion et de la Martinique passent au-dessus de celle de la Métropole, dès 50 ans pour la première et 60 ans pour la seconde, tandis que la Guadeloupe et la Guyane continuent d'afficher des taux de limitation d'activité inférieurs à ceux de la Métropole même aux âges les plus avancés. La Réunion se distingue des quatre autres territoires par une augmentation particulièrement forte des taux d'incapacité à partir de 50 ans. On y atteint 73% de personnes en limitation d'activité à 75 ans contre 55% en Martinique et Métropole, et 50% en Guadeloupe et Guyane. Cependant, les différences ne sont significatives au seuil de 5% que pour La Réunion et la Martinique aux grands âges. Pour la Guyane et la Guadeloupe, les taux d'incapacité se situent toujours dans le même intervalle de confiance que ceux de la Métropole (cf. tableau des intervalles de confiance en annexe 13.3).

En ce qui concerne les femmes, tous les DOM présentent des taux d'incapacité supérieurs à ceux de la Métropole aux âges élevés. Cela se produit dès 45 ans en Martinique, 50 ans en Guyane et 60 ans en Guadeloupe. Les proportions de femmes se déclarant limitées dans leurs activités quotidiennes augmentent beaucoup plus vite dans les DOM, atteignant à 75 ans entre 65% (en Guyane et en Martinique) et 75% (à La Réunion), contre seulement 55% en Métropole. Ces écarts aux âges élevés sont significatifs au seuil de 5%

La prévalence de l'incapacité augmente plus tardivement, mais plus rapidement dans les DOM qu'en Métropole, en particulier pour les femmes. Chez les hommes, Guadeloupe et Guyane présentent des taux de limitation d'activité inférieurs à ceux de la Métropole quel que soit l'âge.

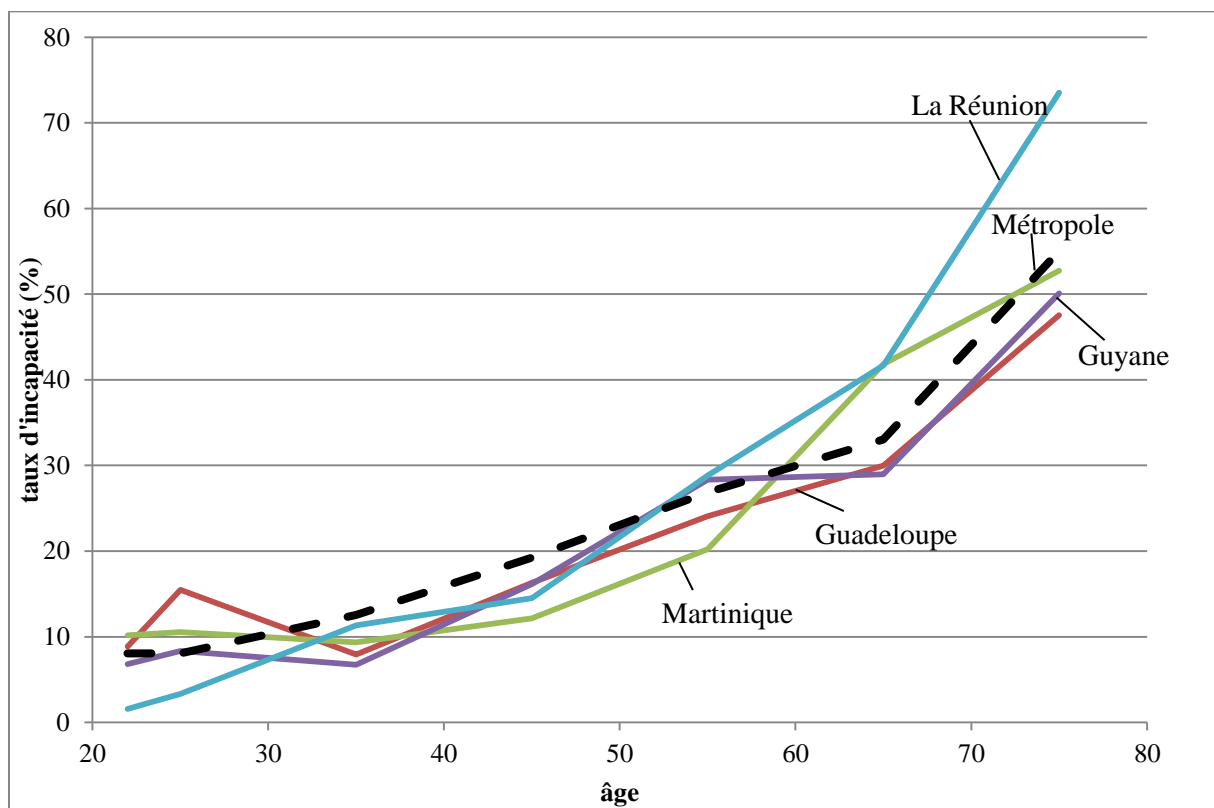
9.4. Des différences importantes dans la perception de la santé entre DOM et Métropole

Il est important de rappeler que ces chiffres sont basés sur une approche déclarative de l'incapacité et prennent en compte des différences non quantifiables liées à la perception de la santé et de l'incapacité dans chaque territoire étudié. Si l'on s'intéresse à l'indicateur de santé perçue, il apparaît que la perception de la santé semble très différente dans les DOM et en

Métropole. En effet, à l'exception des Réunionnais qui se perçoivent en moins bonne santé que les Métropolitains dès 55 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes, dans les trois autres DOM on s'estime en bien meilleure santé qu'en Métropole : à 75 ans, 23% des hommes se déclarent en mauvaise santé en Métropole, contre 13% en Guyane et Martinique et 10% en Guadeloupe, alors que, comme nous l'avons montré précédemment, les différences sont beaucoup plus faibles en ce qui concerne les limitations d'activité, mais toujours en faveur des DOM. Le contraste est encore plus important pour les femmes : quel que soit le DOM, passé 55 ans la prévalence de l'incapacité y est supérieure à celle observée en Métropole, cependant les Guadeloupéennes, les Martiniquaises et les Guyanaises continuent à se percevoir en meilleure santé que les Métropolitaines, et ce quel que soit l'âge (figure 21).

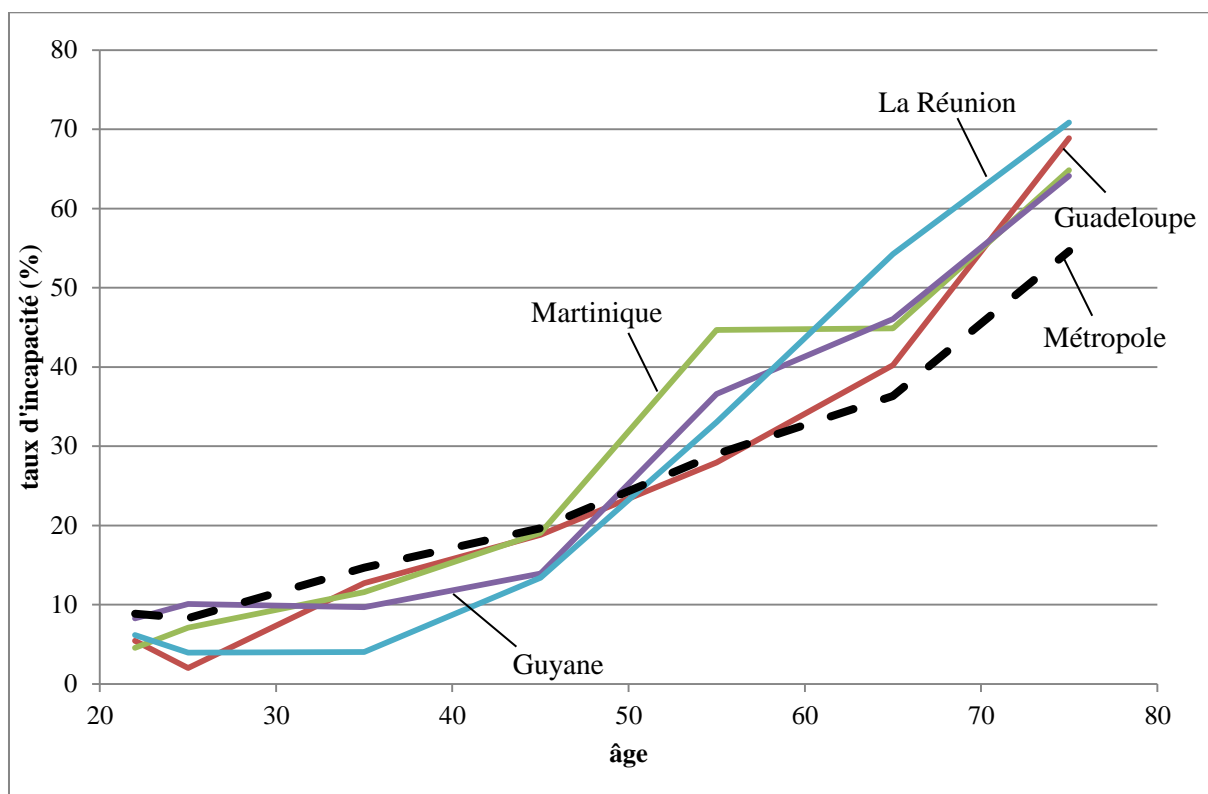
Il y a donc tout lieu de penser que des différences socioculturelles dans la perception de la santé entre DOM et Métropole aient conduit à une sous-déclaration relative de l'incapacité dans les DOM par rapport à la Métropole, ce qui pourrait en partie expliquer le peu de différences observées malgré des conditions de vie beaucoup plus défavorables en outremer.

Figure 18 : Prévalence de l'incapacité à chaque âge pour les hommes, Métropole et DOM, 2009-2010



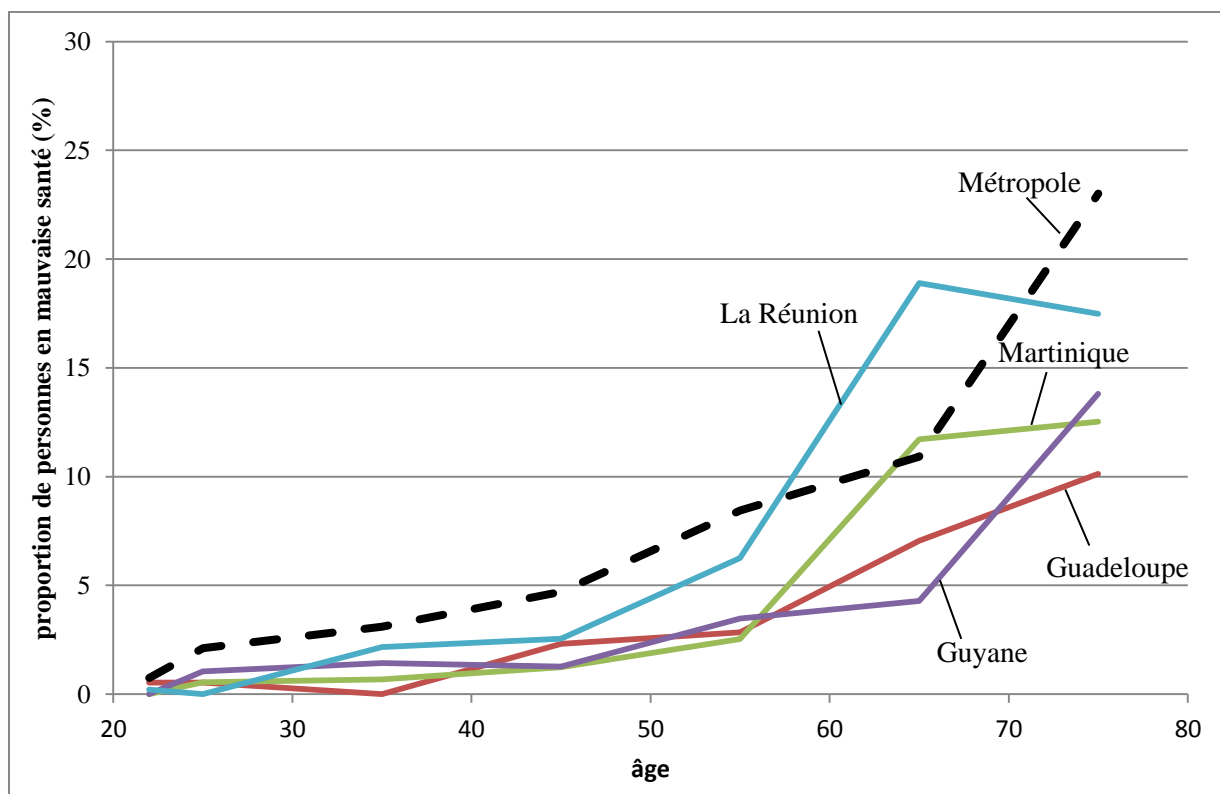
Source : enquêtes MFV 2009 pour les DOM, SILC 2010 pour la Métropole

Figure 19 : Prévalence de l'incapacité à chaque âge pour les femmes, Métropole et DOM, 2009-2010



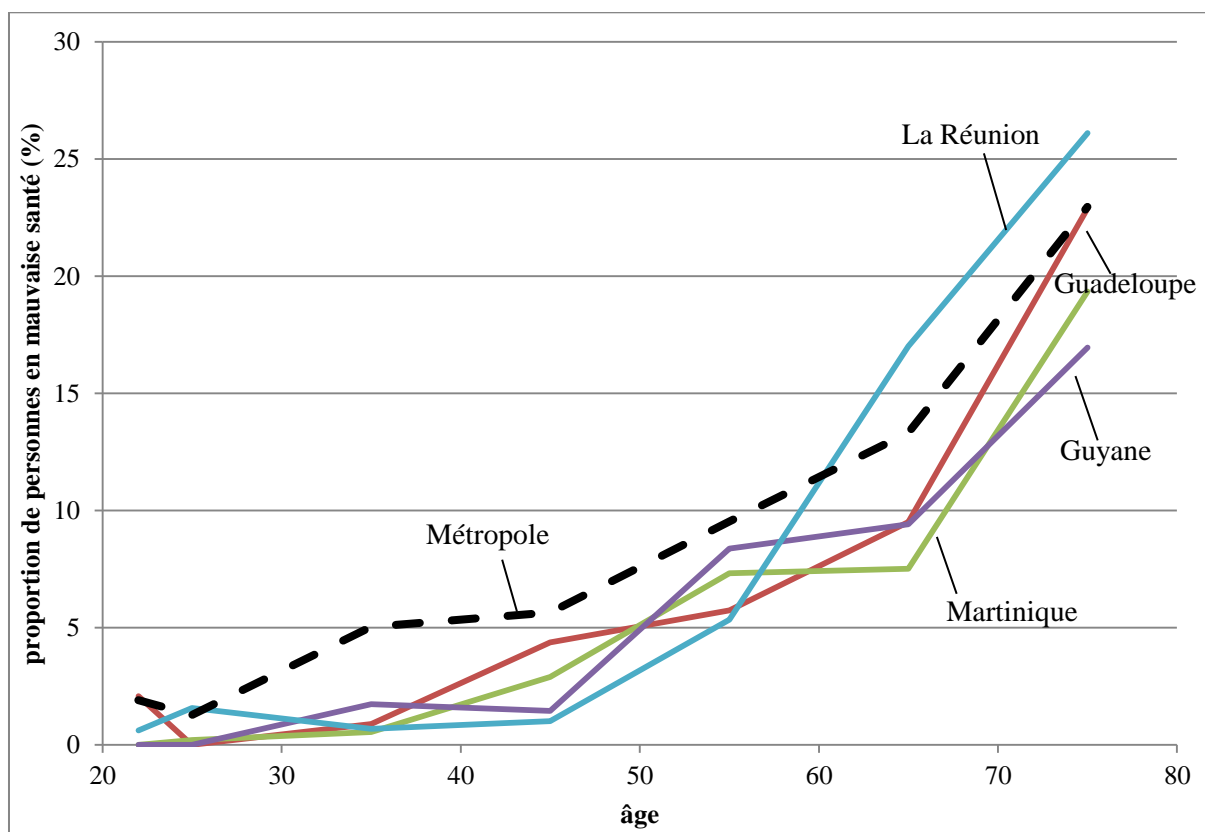
Source : enquêtes MFV 2009 pour les DOM, SILC 2010 pour la Métropole

Figure 20 : Proportion d'hommes se déclarant en mauvaise santé, Métropole et DOM, 2009-2010



Source : enquêtes MFV 2009 pour les DOM, SILC 2010 pour la Métropole

Figure 21 : Proportion de femmes se déclarant en mauvaise santé, Métropole et DOM, 2009-2010



Source : enquêtes MFV 2009 pour les DOM, SILC 2010 pour la Métropole

10. Espérance de vie sans incapacité : résultats

10.1. Moins d'années vécues en incapacité aux jeunes âges dans les DOM

Sur l'ensemble de la tranche d'âge 18-80 ans, on observe peu d'écarts entre DOM et Métropole: plus des trois quarts de l'espérance de vie masculine sur cette tranche d'âge est vécue sans incapacité (entre 76,8% en Martinique et 81,3% en Guyane). Guadeloupéens et Guyanais peuvent espérer vivre une part plus importante de leurs années vécues entre 18 et 80 ans sans incapacité par rapport aux Métropolitains (respectivement 80,1 et 81,3%, contre 77,5% en Métropole). Pour les femmes, les écarts sont également faibles : l'EVSI représente entre 71% (en Martinique) et 75,5% (en Guadeloupe) de l'espérance de vie totale. A l'exception de la Guadeloupe, la part de l'espérance de vie féminine vécue sans incapacité entre 18 et 80 ans est toujours inférieure dans les DOM par rapport à la Métropole.

Aux âges les plus jeunes (entre 18 et 50 ans), les écarts sont encore moins importants quel que soit le sexe : la part d'EVSI dans l'espérance de vie totale varie entre 87,1% (en Métropole) et 91,3% (à La Réunion) pour les hommes, et entre 86% (en Métropole) et 91,7% (à La

Réunion) pour les femmes. Tous les DOM vivent une proportion plus longue de leur espérance de vie sans limitations d'activité par rapport à la Métropole.

10.2. De fortes disparités hommes-femmes après 50 ans

Au-delà de 50 ans, des écarts se creusent, principalement entre hommes et femmes dans les DOM. En effet, on observe un écart supérieur à 10 points entre la part d'EVSI dans l'espérance de vie des femmes par rapport aux hommes, cet écart pouvant aller jusqu'à 15 points en Guyane où les hommes passent 68,1% de leur vie entre 50 et 80 ans sans limitations d'activité, contre seulement 53,5% pour les femmes. En Métropole, cette différence n'est que de l'ordre de 4 points.

Pour les hommes, les écarts entre DOM et Métropole restent encore relativement peu importants même aux âges élevés. Guadeloupe et Guyane continuent d'afficher une part d'EVSI dans l'espérance de vie totale supérieure à celle observée en Métropole : respectivement 68,1 et 68,8% contre 65% en Métropole. Seule La Réunion se démarque par un état de santé moins bon que dans les autres territoires : seulement 57,6% de l'espérance de vie des Réunionnais entre 50 et 80 ans est vécue sans incapacité. Pour les femmes en revanche, on note un fort écart entre DOM et Métropole : les femmes dans les DOM peuvent espérer passer environ la moitié de leur vie entre 50 et 80 ans sans limitation d'activité, contre 61% pour les Métropolitaines. La Guadeloupe se distingue par un meilleur état de santé des femmes aux âges élevés par rapport aux autres DOM, cependant il reste tout de même un écart considérable entre les sexes : 60% de l'espérance de vie des Guadeloupéennes entre 50 et 80 ans est vécue sans incapacité, contre 68,8% pour les Guadeloupéens.

Quel que soit l'âge, les hommes peuvent espérer vivre une plus grande part de leur vie sans incapacité. L'écart hommes-femmes est maximal dans les DOM et apparait surtout aux âges supérieurs à 50 ans. Pour les hommes, il y a peu d'écart entre les proportions de vie vécues sans incapacité en Métropole et dans les DOM, à l'exception de La Réunion aux âges élevés.

Tableau 15 : Part des espérances de vie partielles 18-80 ans, 18-50 ans et 50-80 ans vécues sans incapacité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011

		Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
Hommes	18-80 ans	77,5%	80,1%	76,8%	81,3%	77,0%
Femmes	18-80 ans	74,5%	75,5%	71,0%	72,7%	73,8%
Hommes	18-50 ans	87,1%	88,7%	88,0%	91,2%	91,3%
Femmes	18-50 ans	86,0%	88,6%	87,6%	88,8%	91,7%
Hommes	50-80 ans	65,0%	68,8%	62,5%	68,1%	57,6%
Femmes	50-80 ans	61,0%	60,0%	51,8%	53,5%	52,5%

Sources : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011, enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l'auteur.

10.3. Paradoxe santé/survie aux âges jeunes, double peine aux âges élevés

Par rapport à la Métropole, on observe dans les DOM une situation qui s'apparente un paradoxe entre mortalité et morbidité (tableau 16). En effet, quel que soit le sexe les 18-50 ans en outremer vivent en moyenne moins longtemps que les Métropolitains, mais ils peuvent espérer vivre plus d'années sans incapacité sur cette tranche d'âge. La seule exception concerne les femmes en Martinique, qui sont les plus avantagées puisqu'elles vivent aussi longtemps que les Métropolitaines entre 18 et 50 ans, et avec moins d'années d'incapacité. On retrouve ce paradoxe pour les hommes aux âges élevés en Guyane et en Guadeloupe : malgré une espérance de vie plus courte que les Métropolitains, Guadeloupéens et Guyanais vivent plus longtemps sans incapacité. Le paradoxe inverse s'observe en Martinique sur la même tranche d'âge : pour les hommes comme pour les femmes, on y vit plus longtemps qu'en Métropole, mais avec plus d'années d'incapacité.

Cet apparent paradoxe, qu'on appelle « paradoxe santé/survie »¹⁷ (Oksuyan et al., cités par Van Oyen et al., 2013)), a déjà été observé dans les pays européens entre les hommes et les femmes (Van Oyen et al., 2013). Bien qu'ils aient une espérance de vie plus courte, les hommes vivent plus d'années sans incapacité que les femmes. L'un des facteurs explicatifs réside dans les pathologies auxquelles ils sont exposés : les hommes sont plus fréquemment touchés par des pathologies plus mortelles qui viennent ainsi raccourcir leur espérance de vie avant qu'ils aient pu se trouver en situation d'incapacité. A l'inverse, les femmes sont sujettes à des maladies moins létales, mais plus invalidantes.

Une autre configuration apparaît aux âges élevés et surtout chez les femmes : ce qu'on nomme la « double peine » : une espérance de vie plus courte, au sein de laquelle plus d'années sont vécues en incapacité par rapport à la Métropole. Cette situation concerne les femmes de 50-80 ans dans tous les DOM à l'exception de la Martinique, ainsi que les hommes du même âge à La Réunion. Cette double peine est sans doute à mettre en relation avec une structure sociale plus défavorisée et des conditions de vie plus difficiles dans ces populations. Il a en effet été montré que la double peine est caractéristique des classes populaires (Cambois et al., 2008).

Aux âges les plus jeunes, les DOM se caractérisent par plus d'années de bonne santé que la Métropole malgré leur espérance de vie plus courte, tandis qu'aux âges élevés, ils cumulent les désavantages tant sur la mortalité que sur la morbidité, en particulier chez les femmes.

Comme nous avons pu le voir précédemment, la perception de la santé et par conséquent la déclaration de l'incapacité est différente entre DOM et Métropole. Il semble donc également intéressant de comparer uniquement les DOM entre eux sans tenir compte de la situation métropolitaine. On choisit de comparer systématiquement par rapport à la Martinique puisqu'il s'agit du département ayant l'espérance de vie à la naissance la plus longue.

¹⁷ Traduit de l'anglais « health-survival paradox »

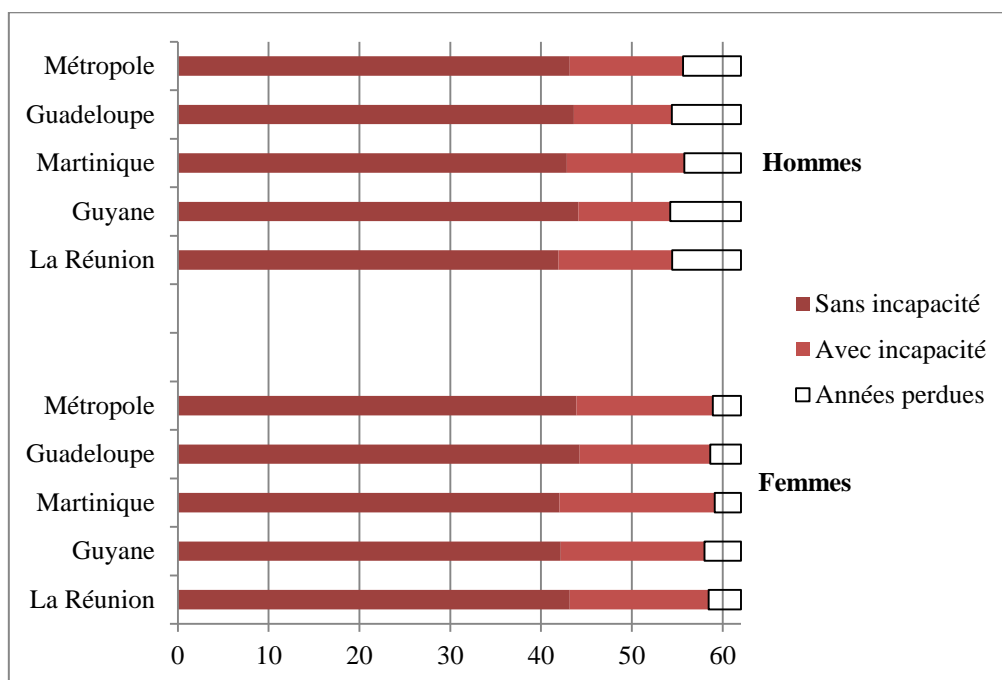
On peut alors distinguer deux groupes parmi les trois autres DOM : d'une part, la Guadeloupe et la Guyane où l'on observe le même paradoxe santé/survie que par rapport à la Métropole (plus d'années de vie en bonne santé au sein d'une espérance de vie plus courte) à tous les âges, et y compris chez les femmes âgées, là où par rapport aux femmes métropolitaines les Guadeloupéennes et les Guyanaises subissaient la double peine. D'autre part, La Réunion se caractérise par une dégradation rapide des conditions de santé, en particulier chez les hommes. En effet, les jeunes Réunionnais sont les plus favorisés sur la tranche d'âge 18-50 ans avec à la fois plus d'années de vie et plus d'années de vie en bonne santé que les Martiniquais du même âge, tandis que sur la tranche d'âge 50-80 ans, ils cumulent un désavantage à la fois sur les années de vie et sur les années de vie en bonne santé.

Tableau 16 : Espérance de vie partielles 18-50 ans et 50-80 sans et avec incapacité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011

	Métropole	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
Hommes					
e18-50	31,5	31,0	31,2	31,0	31,3
EVSI 18-50	27,4	27,5	27,5	28,3	28,6
EVI 18-50	4,0	3,5	3,8	2,7	2,7
e50-80	25,4	25,3	26,0	25,1	24,6
EVSI 50-80	16,5	17,4	16,2	17,1	14,1
EVI 50-80	8,9	7,9	9,7	8,0	10,4
Femmes					
e18-50	31,8	31,7	31,8	31,6	31,8
EVSI 18-50	27,3	28,1	27,8	28,0	29,1
EVI 18-50	4,4	3,6	3,9	3,5	2,6
e50-80	27,8	27,6	28,0	27,4	27,3
EVSI 50-80	16,9	16,6	14,5	14,7	14,4
EVI 50-80	10,8	11,0	13,5	12,8	13,0

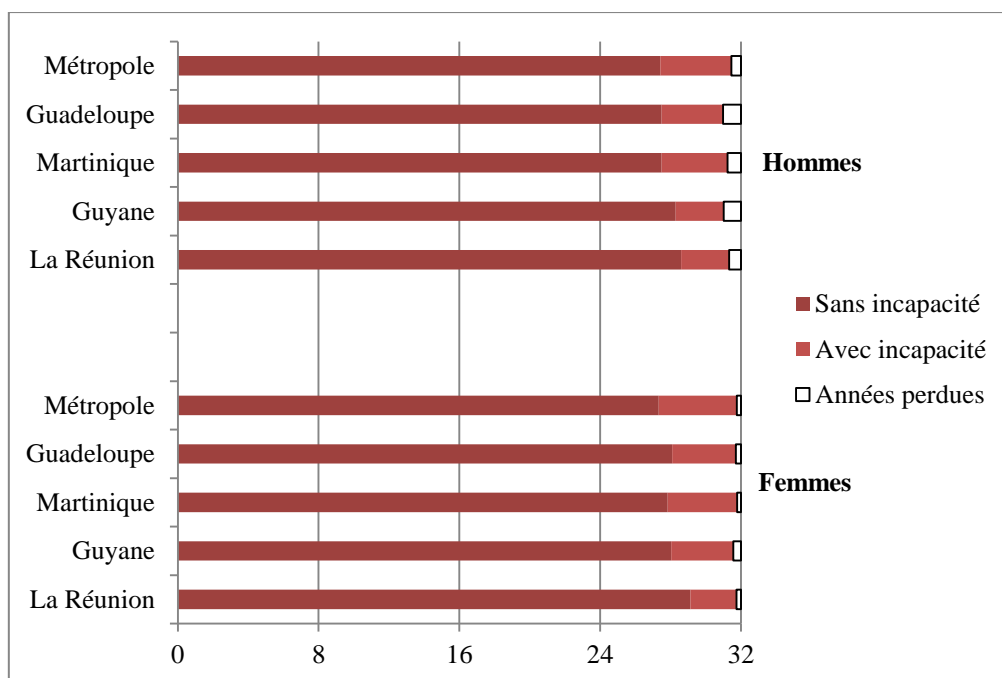
Sources : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011, enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l'auteur.

Figure 22 : Espérances de vie partielles 18-80 ans sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011



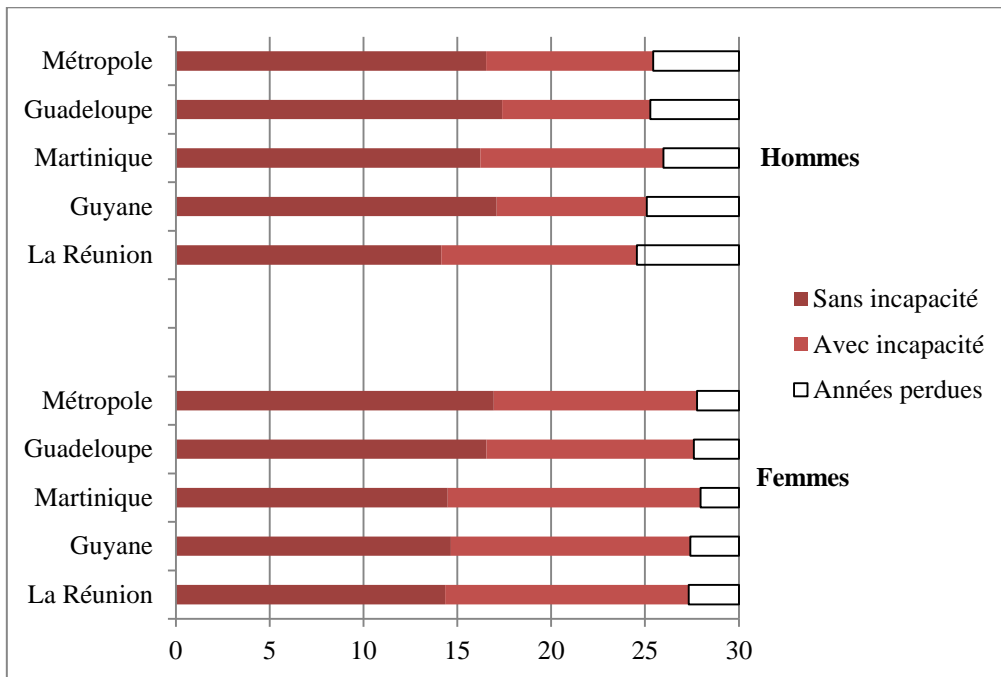
Sources : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011, enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l’auteur.

Figure 23 : Espérances de vie partielles 18-50 ans sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011



Sources : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011, enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l’auteur.

Figure 24 : Espérances de vie partielles 50-80 ans sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011



Sources : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2008-2011, enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l'auteur.

11. Conclusion et perspectives

La principale spécificité des DOM au regard de la mortalité réside dans l'importante surmortalité (en particulier masculine) que l'on y observe par rapport à la Métropole avant 50 ans, et particulièrement chez les jeunes adultes (18-35 ans). Elle peut s'expliquer en grande partie par les migrations sélectives : en effet, les jeunes issus des catégories les plus favorisées et les plus éduquées sont nombreux à émigrer vers la France métropolitaine, ne laissant dans les DOM que les classes les plus défavorisées et donc les plus soumises aux risques de mortalité notamment accidentelle. La situation vis-à-vis de la mortalité se rééquilibre entre DOM et Métropole après 50 ans en partie grâce aux retours de migrants de classes supérieures dans leur département d'origine après une carrière en Métropole.

La plus forte mortalité et la structure sociale moins favorisée en outremer devrait logiquement conduire à une déclaration plus fréquente de situations d'incapacité dans ces départements, pourtant c'est le phénomène inverse que l'on observe : la prévalence de l'incapacité déclarée est très peu différente, voire inférieure à celle déclarée en France métropolitaine, en particulier chez les hommes. Ceci est probablement dû à un effet culturel dans les perceptions de la santé, que l'on retrouve encore plus lorsqu'on s'intéresse à la santé perçue : dans les DOM, on se déclare presque systématiquement en meilleure santé qu'en Métropole quel que soit l'âge.

Il ressort cependant que là où les écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes sont du même ordre dans les DOM qu'en Métropole, il n'en va pas de même pour l'EVSI. Les inégalités hommes-femmes sont en effet beaucoup plus marquées en outremer où les femmes peuvent espérer vivre une part beaucoup moins longue de leur espérance de vie sans limitations d'activité que les hommes.

Le nombre de personnes âgées dans les DOM va fortement augmenter dans les prochaines années, le nombre de personnes dépendantes va donc augmenter en conséquence. A l'heure d'aujourd'hui, l'état de santé des personnes âgées n'est pas très différent d'un DOM à l'autre, mais les effets du vieillissement sur la santé vont probablement varier selon le département, notamment en Guyane où une part importante de la population est constituée de migrants dont la situation sociale est plus défavorable que la moyenne et l'accès aux soins plus difficile (Jolivet et al. 2009). Se pose alors la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Actuellement, entre 1,5 et 4% des années vécues en incapacité entre 75 et 80 ans le sont en institution dans les DOM, contre 5,5% en Métropole. Compte tenu du faible équipement des DOM en places d'accueil pour personnes âgées dans des structures spécialisées, on peut supposer que cette proportion va encore diminuer dans les prochaines années avec le vieillissement accéléré, en particulier pour les femmes qui sont moins fréquemment institutionnalisées que les hommes bien qu'elles vivent une part beaucoup plus longue de leur vie avec des limitations d'activité plus ou moins sévères.

On peut donc s'interroger sur les possibilités alternatives à l'accueil par une structure spécialisée. L'offre d'aide formelle (personnels de soins) à domicile est-elle suffisante pour pallier le déficit d'institutions ? On sait qu'aujourd'hui les personnes âgées en outremer vivent

souvent au domicile d'un membre de leur famille, mais quel est l'impact de cette prise en charge sur les aidants informels, à la fois d'un point de vue matériel mais aussi d'état de santé ?

Cela conduit enfin à se pencher sur la question des aides financières destinées aux personnes dépendantes. La précarité dans les DOM est nettement plus forte qu'en Métropole, aussi les coûts de l'APA y sont beaucoup plus élevés. A quels usages cette allocation doit-elle être destinée en priorité ? Doit-elle servir à rémunérer les familles accueillant un parent âgé en situation de dépendance, ou bien doit-elle au contraire aider au financement de soins à domicile et d'aménagement du logement afin de retarder le moment d'avoir recours à la prise en charge familiale ? Tels sont les enjeux de politique publique que soulèvent les questions de vieillissement et de santé dans les DOM pour les années à venir.

12. Bibliographie

- Barbieri, M. (2013). La mortalité départementale en France. *Population*, 68(3), 433–479.
- Breton, D., Condon, S., Marie, C.-V., & Temporal, F. (2009). Les départements d’Outre-Mer face aux défis du vieillissement démographique et des migrations. *Population & Sociétés*, (460).
- Cambois, E., Laborde, C., & Robine, J.-M. (2008). La « double peine » des ouvriers : plus d’années d’incapacité au sein d’une vie plus courte. *Population & Sociétés*, (441).
- Cambois, E., & Robine, J.-M. (2012). Tendances et disparités d’espérance de vie sans incapacité en France. *Actualité et Dossiers En Santé Publique*, (80), 28–31.
- Cambois, E., Robine, J.-M., & Brouard, N. (1998). Les espérances de vie appliquées à des statuts spécifiques. Historique des indicateurs et des méthodes de calcul. *Population*, 53e Année, (3), 447–476.
- Colvez, A., & Robine, J.-M. (1986). L’espérance de vie sans incapacité en France en 1982. *Population*, 41e Année, (6), 1025–1042.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Jolivet, A., Cadot, E., Carde, E., Florence, S., Lesieur, S., Lebas, J., & Chauvin, P. (2009). Migrations et soins en Guyane. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62(S285), 382–397.
- Manton, K. G. (1982). Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60(2), 183–244.
- Sieurin, A., Cambois, E., & Robine, J.-M. (2011). Les espérances de santé en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé. Documents de travail Ined n°170.
- Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*, 86(4), 347–354.
- Van Oyen, H., Nusselder, W., Jagger, C., Kolip, P., Cambois, E., & Robine, J.-M. (2013). Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox. *International Journal of Public Health*, 58(1), 143–155.
- Van Raalte, A. A., Kunst, A. E., Lundberg, O., Leinsalu, M., Martikainen, P., Artnik, B., ... Mackenbach, J. P. (2012). The contribution of educational inequalities to lifespan variation. *Population Health Metrics*, 10(1), 3.

13. Annexes

13.1. Note méthodologique : le test du Khi2

Le test du Khi2 est un test statistique visant entre autres à mesurer la dépendance entre deux variables qualitatives x et y en comparant la distribution observée de x selon y avec une distribution théorique que l'on observerait en cas d'indépendance parfaite entre x et y.

Les contributions au Khi2 de chaque modalité i de la variable x s'obtiennent par la formule suivante : $\frac{(n_{ij}-k_{ij})^2}{k_{ij}}$ avec $k_{ij} = \frac{n_{i.} * n_{.j}}{n_{..}}$

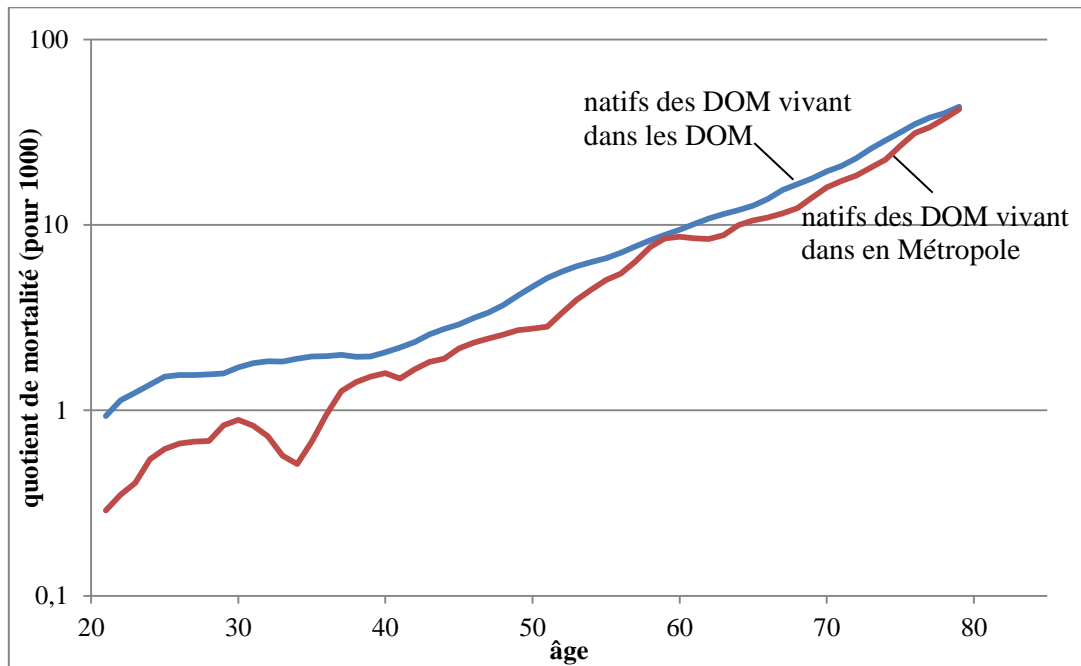
- n_{ij} = effectif observé à l'intersection de x_i et y_j
- k_{ij} = effectif théorique observé à l'intersection de x_i et y_j sous l'hypothèse d'indépendance entre x et y
- $n_{i.}$ = marge de la colonne i dans le tableau de contingence des effectifs observés
- $n_{.j}$ = marge de la colonne j dans le tableau de contingence des effectifs observés
- $n_{..}$ = marge totale du tableau de contingence

$$\text{Khi2} = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij}-k_{ij})^2}{k_{ij}}$$

La valeur du Khi2 s'interprète à partir d'une table statistique qui fournit la valeur test au-delà de laquelle on considère qu'il n'y a plus indépendance entre les variables x et y pour un risque d'erreur donné. La valeur test varie en fonction du degré de liberté obtenu de la manière suivante : $(p - 1) * (q - 1)$ avec p = nombre et lignes et q = nombre de colonnes du tableau de contingence.

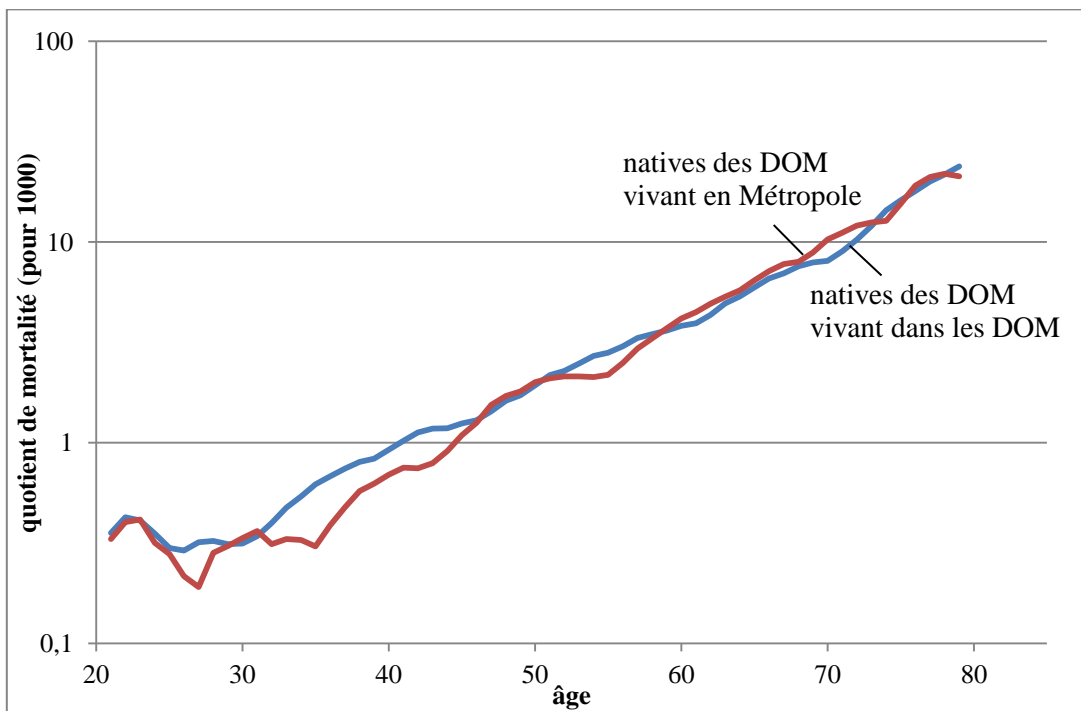
13.2. Le rôle des migrations sélectives : figures et tableaux

Figure 25 : Quotients de mortalité par âge des hommes de 18-80 ans natifs des DOM selon leur lieu de résidence, 2009-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2009-2011. Calculs de l’auteur.

Figure 26 : Quotients de mortalité par âge des femmes de 18-80 ans natives des DOM selon leur lieu de résidence, 2009-2011



Source : Insee – état-civil et recensement de la population, années 2009-2011. Calculs de l’auteur.

Tableau 17 : Niveaux de diplôme des *hommes* natifs des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010

	Diplôme supérieur	Bac +2	Bac ou brevet pro	CAP BEP	BEPC	Aucun diplôme ou CEP
Natifs des DOM n'ayant jamais migré						
18-24	1,68	3,58	21,96	34,67	10,83	27,27
25-29	5,94	12,11	12,99	30,35	7,56	31,06
30-34	6,18	5,74	16,84	33,36	4,52	33,36
35-39	3,89	4,4	13,06	35,88	3,09	39,69
40-44	3,55	7,37	4,74	26,58	2,15	55,61
45-49	2,49	1,48	6,03	26,39	5,33	58,29
50-54	3,37	2,05	10,05	16,54	5,01	62,98
55-59	2,81	2,97	7,61	13,51	5,93	67,17
60-64	5,13	1,95	2,83	4,55	2,28	83,26
65-69	0,65	2,11	6,14	6,14	2,56	82,41
70-74	0,68	0,43	1,24	2,25	1,21	94,19
75-79	0,96	0,51	0,92	0,23	3,91	93,47
Natifs de retour						
18-24	4,45	4,77	20,16	37,51	10,97	22,14
25-29	33,81	11,92	23,18	22,87	0,87	7,34
30-34	9,3	8,88	20,19	36,5	8,48	16,65
35-39	13,06	6,56	10,87	39,47	4,31	25,73
40-44	4,57	6,05	8,56	46,41	4,47	29,94
45-49	3,93	4,03	9,64	40,47	2,13	39,8
50-54	6,47	4,82	5,58	37,25	13,26	32,62
55-59	5,57	3,77	3,97	22,66	11,94	52,08
60-64	8,36	3,77	6,99	18,86	9,46	52,56
65-69	8,21	3,15	7,88	3,42	5,62	71,71
70-74	7,72	2,64	8,1	6,84	9,77	64,93
75-79	13,75	2,27	4,55	1,32	7,61	70,5
Natifs des DOM vivant en Métropole						
18-24	8,03	10,68	38,06	21,61	8,29	13,33
25-29	18,38	14,22	28,46	24,59	4,03	10,32
30-34	15,79	13,93	24,82	27,42	4,16	13,87
35-39	12,56	12,1	21,48	33,42	3,93	16,51
40-44	10,33	10,03	14,68	38,32	4,4	22,25
45-49	7,89	7,14	11,43	39,38	6,58	27,57
50-54	5,34	6,52	10,25	36,32	9,67	31,9
55-59	5,76	6,08	9,87	30,46	10,86	36,97
60-64	7,43	6,2	9,41	25,71	9,81	41,44
65-69	8,4	4,83	10,46	17,92	8,03	50,36
70-74	7,24	4,62	10,91	15,18	10,38	51,68
75-79	9,51	5,83	10,05	14,89	8,78	50,95

Tableau 18 : Niveaux de diplôme des femmes natives des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010

	Diplôme supérieur	Bac +2	Bac ou brevet pro	CAP BEP	BEPC	Aucun diplôme ou CEP
Natives des DOM n'ayant jamais migré						
18-24	6,91	7,62	38,88	12,57	13,89	20,13
25-29	8,24	12,87	25,07	26,6	4,49	22,74
30-34	8,77	9,89	17,11	27,49	9,31	27,43
35-39	4,9	11,48	14,87	22,88	5,45	40,42
40-44	3,69	6,17	7,25	36,81	5,73	40,35
45-49	4,94	2,76	11,89	22,94	12,11	45,36
50-54	2,32	2,74	9,29	17,01	6,93	61,7
55-59	4,74	2,31	9,38	10,46	10,26	62,86
60-64	0,51	2,11	6,67	9,51	4,96	76,25
65-69	1,17	0,74	3,64	4,32	7,5	82,63
70-74	1,44	0,26	1,83	1,9	4,33	90,24
75-79	0	0,09	0,67	2,69	2,02	94,52
Natives de retour						
18-24	12,72	20,83	32,59	13,36	5,35	15,15
25-29	38,49	15,93	23,97	11,62	5,43	4,56
30-34	28,28	23,72	16,3	16,3	2,58	12,81
35-39	23,34	14,19	14,51	25,28	5,68	17
40-44	13,62	7,37	11,87	36,75	9,13	21,26
45-49	11,81	6,39	12,8	24	11,19	33,82
50-54	7,22	8,98	10,1	27,28	15,19	31,24
55-59	8,61	7,29	9,43	18,89	15,95	39,83
60-64	6,95	8,55	13,69	10,33	13,68	46,79
65-69	4,41	6,21	11,45	7,97	9,16	60,79
70-74	5,25	1,87	11,77	3,81	12,33	64,98
75-79	3,5	0,78	0,59	3,61	14,84	76,68
Natives des DOM vivant en Métropole						
18-24	12,88	14,18	44,28	14,07	6,8	7,81
25-29	25,3	20,22	28,33	15,4	2,91	7,84
30-34	21,61	19,68	26,4	18,58	3,61	10,13
35-39	15,86	18,02	24,38	24,25	3,54	13,97
40-44	10,84	15,13	19,34	29,75	5,94	19
45-49	6,63	12,45	14,88	27,64	10,95	27,44
50-54	4,81	10,47	13,09	20,79	15,74	35,1
55-59	5,1	9,81	11,87	17,5	15,02	40,71
60-64	5,82	10,9	9,63	16,36	14,24	43,05
65-69	5,04	10,25	10,11	11,66	12,89	50,05
70-74	3,76	7,12	11,4	10,6	10,44	56,67
75-79	3,88	6,54	9,54	5,95	10,73	63,35

Tableau 19 : Catégorie socioprofessionnelle des *hommes* natifs des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010

	Agriculteurs	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise	Cadres / professions intermédiaires	Employés / Ouvriers	Chômeurs n'ayant jamais travaillé	Autres inactifs
Natifs des DOM n'ayant jamais migré						
18-24	0	0,47	5,49	35,86	22,38	35,79
25-29	2,02	4,46	11,81	55,84	14,7	11,16
30-34	1,5	5,95	14,61	69,54	2,11	6,29
35-39	2,4	6,72	16,18	67,23	5,69	1,79
40-44	3,95	10,91	15,24	64,57	1,1	4,24
45-49	8,94	14,77	11,42	57,41	2,51	4,95
50-54	2,67	10,61	20,44	60,2	1,12	4,96
55-59	5,36	5,96	20,91	62,71	3,35	1,71
60-64	5,01	19,07	14,64	59,36	0	1,93
65-69	13,4	14,52	21,84	48,44	0	1,8
70-74	12,47	14,09	5,9	65,64	0	1,9
75-79	13,82	7,53	12,01	65,52	0	1,12
Natifs de retour						
18-24	0	2,5	18,34	31,6	27,87	19,69
25-29	0	4,91	40,66	43,05	3,08	8,31
30-34	3,16	3,7	24,7	61,43	1,09	5,92
35-39	2,36	8,49	29,02	58,21	0	1,91
40-44	3,15	12,46	18,45	59,07	0,44	6,43
45-49	3,93	12,4	19,13	57,86	0,67	5,93
50-54	3,4	6,68	28,49	54,34	1,34	5,75
55-59	6,74	7,52	24,54	60,09	0,41	0,7
60-64	2,5	19,3	31,54	46,41	0	0,24
65-69	5,09	9,02	27,03	58,47	0	0,36
70-74	0,81	3,04	39,06	57,1	0	0
75-79	1,19	7,23	41,11	49,75	0	0,73
Natifs des DOM vivant en Métropole						
18-24	0,05	0,49	12,69	40,36	4,91	41,51
25-29	0,06	1,12	31,01	57,75	1,13	8,93
30-34	0,04	2,1	30,81	61,86	0,51	4,68
35-39	0,06	3,4	31,45	60,33	0,28	4,48
40-44	0,15	4,39	30,31	60,83	0,23	4,1
45-49	0,24	4,77	28,57	61,75	0,2	4,46
50-54	0,23	3,92	27,99	62,84	0,16	4,85
55-59	0,29	4,24	26,78	61,18	0,08	7,42
60-64	0,28	5,26	26,02	63,41	0,07	4,97
65-69	1,05	6,5	24,35	65,84	0	2,25
70-74	0,86	7,31	25,96	64,45	0	1,42
75-79	1,7	5,69	26,62	63,22	0	2,77

Sources : enquête MFV2009, Insee – recensement de la population 2010

Tableau 20 : Catégorie socioprofessionnelle des *femmes* natives des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010

	Agriculteurs	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise	Cadres / professions intermédiaires	Employés / Ouvriers	Chômeurs n'ayant jamais travaillé	Autres inactifs
Natives des DOM n'ayant jamais migré						
18-24	0,05	0,45	5,27	21,63	20,96	51,63
25-29	0	0,67	15,37	41,37	5,78	36,81
30-34	0,39	3,31	17,12	47,19	5,11	26,88
35-39	0,49	1,2	15,75	48,32	4,45	29,8
40-44	1,06	2,91	13,56	55,87	1,76	24,84
45-49	0,97	3,41	15,96	52,97	2,86	23,83
50-54	0,23	3,05	15,6	58,09	3,44	19,21
55-59	3,3	3,84	21,06	57,33	0,65	13,81
60-64	1,46	3,19	11,75	59,94	0,35	23,32
65-69	3,24	4,93	11,47	61,88	0,29	18,19
70-74	2,82	4,25	8,39	63,84	0	20,7
75-79	5,63	4,45	6,64	55,53	0	27,74
Natives de retour						
18-24	0	0,75	20,99	30,78	11,61	35,86
25-29	0	5,35	39,85	35,08	3,58	16,13
30-34	0	2,09	42,75	32,15	2,37	20,63
35-39	0,21	4,04	37,59	40,35	1,03	16,1
40-44	1	5,29	28,18	45,18	1,92	18,43
45-49	1,04	3,94	22,75	51,47	2,72	18,09
50-54	0	4,72	29,38	54,38	0,54	10,99
55-59	0	4,75	30,23	61,51	0,61	2,91
60-64	0	4,9	37,19	52,25	0	5,66
65-69	0,57	0,74	32,89	61,79	0	4,01
70-74	2,36	3,67	26,19	53,99	0	13,79
75-79	0	4,4	17,39	67,04	0	11,16
Natives des DOM vivant en Métropole						
18-24	0	0,38	12,17	31,34	5,83	50,28
25-29	0,02	0,75	34,3	48,76	3,34	12,83
30-34	0,05	1,02	34,26	52,97	1,19	10,52
35-39	0,02	1,35	32,24	55,51	0,81	10,07
40-44	0,18	1,17	29	59,55	0,68	9,42
45-49	0,13	1,17	24,94	64,38	0,36	9,02
50-54	0,1	1,1	23,81	64,12	0,31	10,55
55-59	0,25	1,11	24,62	61,44	0,1	12,49
60-64	0,36	1,39	25,75	63,84	0,04	8,62
65-69	0,83	2,82	24,41	67,46	0	4,48
70-74	1,01	2,95	20,15	69,71	0	6,18
75-79	1,03	2,08	20,56	70,1	0	6,22

Sources : enquête MFV2009, Insee – recensement de la population 2010

Tableau 21 : Catégories socioprofessionnelles des 18-80 ans natifs des DOM en fonction du niveau de diplôme et du statut migratoire, sexes réunis, 2009-2010

Natifs de retour						
	Agriculteurs	Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise	Cadres / professions intermédiaires	Employés / Ouvriers	Chômeurs n'ayant jamais travaillé	Autres inactifs
Diplôme supérieur	0,47	3,24	81,55	9,8	0,62	4,32
Bac +2	0,21	7,61	60,77	22,22	0	9,19
Bac ou brevet pro	1,31	6,23	41,68	39,38	1,64	9,75
CAP BEP	2,84	9,86	16,77	59,85	1,96	8,62
BEPC	0,8	6	27,97	52,82	2,03	10,38
Aucun diplôme ou CEP	3,05	6,44	8	70,32	2,72	9,45
Natifs des DOM vivant en Métropole						
Diplôme supérieur	0,08	2,02	68,17	17,92	0,88	10,93
Bac +2	0,1	1,68	48,86	36,9	0,56	11,9
Bac ou brevet pro	0,11	1,79	25,34	50,7	1,58	20,49
CAP BEP	0,17	2,68	15,19	72,68	1,11	8,17
BEPC	0,2	1,77	18,14	66,14	1,16	12,59
Aucun diplôme ou CEP	0,33	2,39	10,73	71,52	1,67	13,35

Sources : enquête MFV2009, Insee – recensement de la population 2010

13.3. Intervalles de confiance des taux d'incapacité

Tableau 22 : Intervalles de confiance des taux d'incapacité à chaque âge, Métropole et DOM, 2009-2010

	Métropole			Guadeloupe			Martinique			Guyane			La Réunion		
	borne basse	taux	borne haute	borne basse	taux	borne haute	borne basse	taux	borne haute	borne basse	taux	borne haute	borne basse	taux	borne haute
HOMMES															
18-24	6,20%	8,07%	9,93%	3,74%	8,86%	13,99%	4,86%	10,19%	15,51%	3,38%	6,79%	10,21%	-0,25%	1,56%	3,37%
25-29	6,04%	8,08%	10,12%	6,86%	13,84%	20,82%	-0,35%	4,58%	9,52%	2,43%	5,82%	9,20%	0,04%	3,28%	6,53%
30-34	9,76%	12,25%	14,74%	3,24%	8,60%	13,96%	11,42%	19,58%	27,73%	2,57%	5,80%	9,03%	7,88%	12,80%	17,72%
35-39	10,35%	12,55%	14,76%	3,25%	7,35%	11,44%	3,96%	8,40%	12,84%	3,23%	6,77%	10,30%	7,57%	12,05%	16,53%
40-44	12,88%	15,27%	17,66%	8,90%	13,74%	18,59%	9,01%	13,97%	18,93%	7,24%	11,58%	15,92%	11,43%	15,97%	20,52%
45-49	16,63%	19,23%	21,83%	10,75%	15,73%	20,72%	8,90%	13,41%	17,93%	11,04%	16,31%	21,57%	4,95%	8,60%	12,25%
50-54	22,67%	25,62%	28,58%	14,39%	19,99%	25,58%	14,34%	20,54%	26,74%	19,81%	26,51%	33,20%	22,14%	28,56%	34,98%
55-59	23,95%	26,87%	29,78%	21,12%	27,84%	34,55%	15,13%	21,32%	27,52%	16,29%	23,05%	29,82%	22,67%	29,66%	36,65%
60-64	26,18%	29,24%	32,30%	21,21%	28,59%	35,97%	25,01%	32,91%	40,81%	16,62%	24,94%	33,26%	32,14%	40,61%	49,09%
65-69	29,30%	33,03%	36,77%	17,87%	25,91%	33,95%	40,43%	49,13%	57,82%	24,34%	36,20%	48,07%	29,42%	39,96%	50,49%
70-74	39,20%	43,52%	47,85%	27,44%	37,27%	47,09%	41,28%	50,15%	59,02%	29,21%	44,42%	59,63%	58,69%	71,58%	84,47%
75-79	50,31%	55,04%	59,77%	42,48%	55,39%	68,29%	46,89%	58,28%	69,67%	17,69%	38,50%	59,31%	37,17%	54,17%	71,17%
FEMMES															
18-24	6,84%	8,85%	10,86%	1,71%	5,46%	9,21%	1,52%	4,57%	7,62%	5,10%	8,27%	11,45%	3,09%	6,17%	9,26%
25-29	6,28%	8,29%	10,30%	0,71%	4,42%	8,13%	2,99%	7,34%	11,69%	4,42%	7,72%	11,02%	2,29%	5,28%	8,26%
30-34	8,97%	11,32%	13,67%	6,29%	11,48%	16,67%	9,31%	14,43%	19,55%	5,67%	9,05%	12,43%	1,87%	4,48%	7,09%
35-39	12,39%	14,69%	16,99%	9,35%	13,72%	18,08%	9,94%	14,61%	19,27%	6,24%	9,38%	12,52%	3,37%	6,47%	9,58%
40-44	15,82%	18,30%	20,78%	9,06%	13,07%	17,07%	11,66%	15,84%	20,01%	8,01%	11,52%	15,04%	8,05%	12,13%	16,21%
45-49	17,17%	19,63%	22,10%	17,24%	22,50%	27,76%	14,84%	19,61%	24,38%	16,87%	22,10%	27,32%	10,90%	15,32%	19,74%
50-54	27,10%	29,95%	32,80%	14,92%	19,98%	25,03%	27,63%	34,71%	41,78%	22,24%	28,32%	34,40%	14,45%	19,95%	25,45%
55-59	26,14%	29,03%	31,92%	20,98%	27,31%	33,65%	36,65%	43,18%	49,71%	31,92%	39,15%	46,38%	27,82%	34,88%	41,94%
60-64	28,96%	31,91%	34,85%	19,62%	26,13%	32,64%	32,10%	39,33%	46,57%	23,63%	31,91%	40,18%	43,93%	53,06%	62,18%
65-69	32,45%	36,33%	40,21%	41,60%	49,71%	57,82%	37,24%	45,26%	53,28%	41,15%	53,57%	65,98%	34,18%	43,36%	52,54%
70-74	45,57%	49,64%	53,70%	46,68%	55,54%	64,39%	50,34%	58,42%	66,50%	52,80%	65,17%	77,54%	51,24%	62,08%	72,92%
75-79	50,45%	54,62%	58,78%	59,06%	68,32%	77,58%	63,79%	71,66%	79,53%	51,66%	65,69%	79,72%	69,68%	79,02%	88,36%

Source : enquêtes MFV 2009 et SILC 2010. Calculs de l'auteur

13.4. Table des figures

Figure 1 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, DOM et Métropole, 2008-2011.....	8
Figure 2 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, DOM et Métropole, 2008-2011	8
Figure 3 : Répartition des décès selon la cause dans chaque territoire, sexes réunis, 2010.....	9
Figure 4 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, <i>Somme et Guadeloupe</i> , 2008-2011.....	16
Figure 5 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, <i>Charente-Maritime et Martinique</i> , 2008-2011	17
Figure 6 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, <i>Pas de Calais et Guyane</i> , 2008-2011 ...	17
Figure 7 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, <i>Nord et La Réunion</i> , 2008-2011	18
Figure 8 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, <i>Somme et Guadeloupe</i> , 2008-2011	18
Figure 9 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, <i>Charente-Maritime et Martinique</i> , 2008-2011	19
Figure 10 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, <i>Pas de Calais et Guyane</i> , 2008-2011 ...	19
Figure 11 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, <i>Nord et La Réunion</i> , 2008-2011	20
Figure 12 : Quotients de mortalité <i>masculins</i> par âge, entre 18 et 35 ans, DOM et départements métropolitains, 2008-2011	22
Figure 13 : Quotients de mortalité <i>féminins</i> par âge, entre 18 et 35 ans, DOM et départements métropolitains, 2008-2011	22
Figure 14 : Prévalence de l'incapacité observée en France métropolitaine <i>pour les hommes</i> selon la source de données, 2005	30
Figure 15 : Prévalence de l'incapacité observée en France métropolitaine <i>pour les femmes</i> selon la source de données, 2005	31
Figure 16 : Proportion d' <i>hommes</i> vivant en institution à chaque âge, Métropole et DOM, 2010	37
Figure 17 : Proportion de <i>femmes</i> en institution à chaque âge, Métropole et DOM, 2010.....	37
Figure 18 : Prévalence de l'incapacité à chaque âge <i>pour les hommes</i> , Métropole et DOM, 2009-2010.....	39
Figure 19 : Prévalence de l'incapacité à chaque âge <i>pour les femmes</i> , Métropole et DOM, 2009-2010.....	40
Figure 20 : Proportion d' <i>hommes</i> se déclarant en mauvaise santé, Métropole et DOM, 2009-2010.....	40
Figure 21 : Proportion de <i>femmes</i> se déclarant en mauvaise santé, Métropole et DOM, 2009-2010.....	41
Figure 22 : Espérances de vie partielles <i>18-80 ans</i> sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011.....	45
Figure 23 : Espérances de vie partielles <i>18-50 ans</i> sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011.....	45
Figure 24 : Espérances de vie partielles <i>50-80 ans</i> sans et avec limitations d'activité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011.....	46
Figure 25 : Quotients de mortalité par âge des hommes de 18-80 ans natifs des DOM selon leur lieu de résidence, 2009-2011.....	51
Figure 26 : Quotients de mortalité par âge des femmes de 18-80 ans natives des DOM selon leur lieu de résidence, 2009-2011.....	51

13.5. Table des tableaux

Tableau 1 : Tableau synoptique des indicateurs concernant la situation des personnes âgées dans les DOM et en Métropole	4
Tableau 2 : Espérance de vie à la naissance, 2010 et espérances de vie partielles 18-80 ans, 18-50 ans et 50-80 ans selon le sexe et le département, 2008-2011	6
Tableau 3 : Taux comparatifs de mortalité par cause (pour 100 000), DOM et Métropole, sexes réunis, 2010	10
Tableau 4 : Contributions au Khi2 par sexe, <i>France métropolitaine</i> , 2010.....	11
Tableau 5 : Contributions au Khi2 par sexe, <i>Guadeloupe</i> , 2010	12
Tableau 6 : Contributions au Khi2 par sexe, <i>Martinique</i> , 2010.....	12
Tableau 7 : Contributions au Khi2 par sexe, <i>Guyane</i> , 2010.....	13
Tableau 8 : Contributions au Khi2 par sexe, <i>La Réunion</i> , 2010	13
Tableau 9 : Espérance de vie à la naissance de l'ensemble des départements français selon le sexe, 2010.....	14
Tableau 10 : Espérances de vie à la naissance pour chaque DOM et son département métropolitain de référence, selon le sexe, 2010	15
Tableau 11 : Espérance de vie partielle 0-40 ans et espérance de vie à 40 ans dans chaque DOM et son département métropolitain de référence, selon le sexe, 2008-2011	20
Tableau 12 : Espérances de vie partielles 18-35 ans selon le sexe, 2008-2011	23
Tableau 13 : Variabilité interdépartementale de la mortalité des 15-35 ans : variance et contributions à la variance des taux de mortalité, par sexe et cause de décès, 2008-2011	24
Tableau 14 : Tableau synoptique des différentes sources de données pour la prévalence de l'incapacité en Métropole et dans les DOM	29
Tableau 15 : Part des espérances de vie partielles 18-80 ans, 18-50 ans et 50-80 ans vécues sans incapacité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011	42
Tableau 16 : Espérance de vie partielles 18-50 ans et 50-80 ans et avec incapacité selon le sexe, Métropole et DOM, 2008-2011.....	44
Tableau 17 : Niveaux de diplôme des <i>hommes</i> natifs des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010.....	52
Tableau 18 : Niveaux de diplôme des <i>femmes</i> natives des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010.....	53
Tableau 19 : Catégorie socioprofessionnelle des <i>hommes</i> natifs des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010	54
Tableau 20 : Catégorie socioprofessionnelle des <i>femmes</i> natives des DOM selon l'âge et le statut migratoire, 2009-2010	55
Tableau 21 : Catégories socioprofessionnelles des 18-80 ans natifs des DOM en fonction du niveau de diplôme et du statut migratoire, sexes réunis, 2009-2010	56
Tableau 22 : Intervalles de confiance des taux d'incapacité à chaque âge, Métropole et DOM, 2009-2010.....	57