

Études & Résultats

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

IRDES

Drees



MARS
2017

NUMÉRO
0998

État de santé des Français et facteurs de risque

Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014

Près d'un tiers de la population métropolitaine âgée de 15 ans ou plus déclare que son état de santé est assez bon, mauvais ou très mauvais, d'après les premiers résultats de l'enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014, menée auprès des ménages ordinaires (hors institution). Près de 40 % évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Ces indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socioprofessionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés.

Presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accroissent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne.

Parmi les facteurs de risque, l'excès de poids concerne 46 % de la population métropolitaine, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %, soit moins que la plupart des autres pays européens participant à l'enquête. En revanche, 28 % des personnes fument, dont 22 % quotidiennement, soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens. Ces deux facteurs de risque varient fortement selon les catégories socioprofessionnelles, au détriment, notamment, des ménages d'ouvriers.

Jacques Pisarik (DREES) et Thierry Rochereau (IRDES),
avec la collaboration de Nicolas Célant (IRDES)

En 2014, en France métropolitaine, 70 % des personnes âgées de 15 ans ou plus déclarent que leur état de santé est « bon » ou « très bon », 23 % l'estiment « assez bon » et 7 % se disent en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé. Ces résultats sont issus de l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS (European Health Interview Survey-Enquête santé et protection sociale) qui a interrogé, en 2014, près de 10 000 ménages et plus de 26 500 individus en France métropolitaine sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé et aux soins, et leurs comportements (encadrés 1 et 2). Les principaux résultats de l'enquête concernant l'état de santé et les facteurs de risque sont présentés en termes de santé déclarée (état de santé perçue, maladies chroniques, limitations fonctionnelles, soit les trois variables du mini-module européen de santé), de symptômes dépressifs et de facteurs de risque, en l'occurrence l'obésité et la consommation de tabac. À chaque fois, un focus est réalisé sur les inégalités entre les catégories socioprofessionnelles, de même qu'une comparaison avec les résultats des autres pays européens de l'enquête EHIS quand les données sont disponibles.

...

Un état de santé déclaré marqué par de fortes inégalités sociales

1. Cette réponse ne renvoie pas toujours à des maladies graves : la déclaration de problèmes de santé ou de maladies chroniques peut aussi recouvrir des facteurs de risque cardio-vasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, etc.), des problèmes tels que des troubles mineurs de la vision corrigés par des lunettes...

2. Les écarts entre pays européens peuvent rendre compte de différents phénomènes : une fréquence variable des problèmes de santé, mais aussi des différences dans la structure par âge et par sexe des populations, ou encore des propensions différentes à déclarer un problème de santé ou à ce qu'une pathologie associée soit diagnostiquée.

Les personnes déclarant un « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé représentent respectivement 32 % des femmes et 29 % des hommes. Un problème de santé chronique ou de caractère durable¹ est mentionné par 38 % des personnes âgées de 15 ans ou plus en 2014 (38 % des femmes et 37 % des hommes) et 26 % des personnes évoquent une limitation dans les activités du quotidien (27 % des femmes et 24 % des hommes).

Les problèmes de santé augmentent avec l'âge. Ainsi, 12 % des 15-39 ans déclarent leur état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais », contre 60 % des 65 ans ou plus. C'est le cas également des personnes évoquant des problèmes de santé chroniques avec respectivement 18 % et 66 % pour les mêmes tranches d'âge et des personnes déclarant une limitation dans les activités du quotidien avec 10 % et 52 %.

Les problèmes de santé diffèrent également beaucoup selon le milieu social des individus mesuré par la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage (graphique 1). Ainsi, les ménages d'agriculteurs déclarent un état de santé très dégradé, à mettre notamment en relation avec l'âge moyen élevé de cette population. À structure d'âge et sexe comparable, ce sont les ouvriers non qualifiés qui déclarent le plus mauvais état de santé selon les trois dimensions du mini-module européen : indices à structure d'âge et sexe comparable égaux à 1,3 pour la santé perçue « assez bonne », « mauvaise » ou « très mauvaise », 1,1 pour la déclaration de maladies chroniques et 1,2 pour celle de limitations d'activité. Suivent les employés administratifs et de commerce avec des indices significativement plus faibles pour la santé perçue (1,2), mais comparables à ceux des ouvriers non qualifiés pour les maladies chroniques (1,1) et pour les limitations d'activité (1,2). Les personnes vivant dans des ménages de cadres déclarent nettement moins



ENCADRÉ 1

Source et Méthode

En 2014, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est le support de l'Enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. L'enquête ESPS, conduite tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) depuis 1988, est représentative de la population des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (hors institution). Elle explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, à l'assurance obligatoire et complémentaire et le statut économique et social des individus enquêtés.

Échantillon

L'échantillon de bénéficiaires de l'enquête ESPS est constitué comme un sous-échantillon de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). En 2014, il couvre environ 92 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie, certains régimes ne figurant pas dans la base de sondage. L'enquête porte sur les bénéficiaires échantillonnés ainsi que sur les membres de leur ménage, dont certains appartiennent aux régimes absents de la base de sondage de l'enquête (notamment les régimes étudiants). Elle couvre ainsi plus de 95 % de la population de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire.

L'échantillon ESPS étant tiré dans les bases médico-administratives de l'Assurance maladie, il est possible de compléter les données déclaratives par les consommations de soins de l'année enregistrées dans les fichiers de remboursement de l'Assurance maladie (Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie [SNIIRAM] et Programme médicalisé des systèmes d'information [PMSI]) pour les bénéficiaires échantillonnés et leurs ouvrants droit et ayants droit rattachés à un même numéro de sécurité sociale. De plus, un ensemble de données de contexte est issu du géocodage des adresses des répondants (Célant *et al.*, 2014).

Terrain

L'enquête est réalisée en deux vagues, la première de janvier à juin 2014, la seconde de septembre à décembre 2014, afin de prendre en compte la saisonnalité de certaines pathologies. Le recueil est multimode (téléphone, face à face et auto-questionnaires papier). En 2014, l'enquête EHIS-ESPS interroge près de 10 000 ménages et plus de 26 500 personnes.

Enquête européenne EHIS

Les questions de santé qui figurent dans le règlement européen ont été administrées dans l'auto-questionnaire papier proposé à tous les membres âgés de 15 ans ou plus des ménages échantillonnés, soit au total 15 729 réponses. Une pondération spécifique, respectant les recommandations d'Eurostat, a été établie sur cette population pour qu'elle soit représentative des personnes résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

Indices à structure d'âge et sexe comparable

Les prévalences par catégories socioprofessionnelles figurant dans les graphiques font l'objet d'une standardisation par âge et sexe représentée par une courbe. Elle vise à éliminer les différences de structures d'âge et sexe entre une sous-population (par exemple les agriculteurs, en moyenne plus âgés) et la population totale. L'indice à structure d'âge et sexe comparable, issu d'une standardisation indirecte, est égal au nombre de cas réellement « observés » dans la sous-population rapporté au nombre de cas « attendus ». Ce dernier est calculé en appliquant les prévalences observées par sexe et tranches d'âge dans l'ensemble de la population aux effectifs par tranches d'âge et sexe de la sous-population. Une valeur de l'indice supérieure (ou inférieure) à 1 traduit qu'à structure par âge et sexe comparable, la prévalence est plus élevée (ou plus faible) dans la sous-population étudiée que dans l'ensemble de la population.

Avertissement

En 2014, le champ de l'enquête ESPS a été élargi à de nouveaux régimes et une nouvelle pondération portant sur la sous-population de l'enquête européenne EHIS (les 15 ans ou plus ayant répondu au livret auto-administré) et répondant aux recommandations d'Eurostat a été calculée. Ces deux évolutions empêchent une comparaison directe des résultats des enquêtes ESPS 2012 et 2014. Des tableaux à champ et pondération comparables seront mis à disposition en 2017 sur le site Internet de l'IRDES (www.irdes.fr).

de problèmes de santé que toutes les autres catégories, avec respectivement pour les trois dimensions de l'état de santé déclaré des indices égaux à 0,7, 0,9 et 0,7. Les différences entre milieux sociaux sont donc plus marquées pour la santé perçue et les limitations d'activité que pour la déclaration de maladies chroniques. Eurostat utilise l'enquête SILC (Statistics on Income and Living

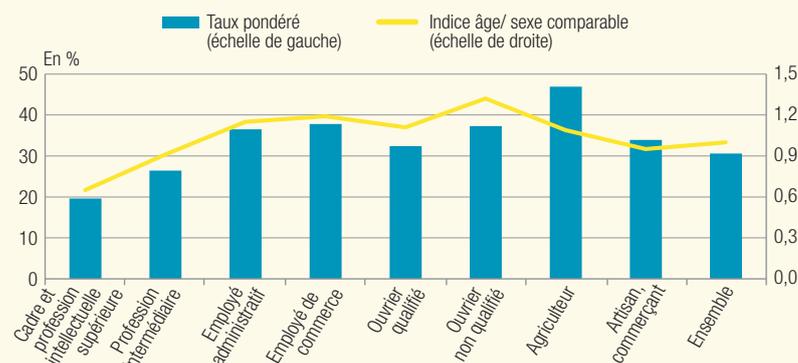
Conditions) pour comparer les résultats aux questions du mini-module sur la santé entre pays européens. Pour la France, les résultats sont proches de ceux présentés ici à partir d'EHIS. Ils situent la France dans la moyenne européenne, sauf pour la déclaration de problèmes de santé chroniques, supérieure d'environ 5 points de pourcentage en France à la moyenne européenne (Eurostat, 2017)².

ENCADRÉ 2 Repères

L'enquête EHIS-ESPS 2014 est la dernière vague de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'IRDES. Elle intègre les questions de la seconde vague de l'Enquête santé européenne (EHIS – European Health Interview Survey) requises dans le cadre du règlement européen n° 141/2013. À ce titre, elle fait l'objet d'une collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales et de la Santé. L'Enquête européenne de santé, qui aura lieu tous les six ans à compter de l'édition 2019, sera réalisée en France par la DREES et l'IRDES. Elle est appariée avec les données médico-administratives du SNIIRAM-PMSI, qui seront regroupées au sein du Système national des données de santé (SNDS), et contient un module de questions spécifiques à la France sur la complémentaire santé. L'enquête SILC-SRCV (Statistics on Income and Living Conditions-Statistiques sur les ressources et conditions de vie) réalisée en France par l'INSEE viendra compléter le système d'observation de la santé en administrant le mini-module européen chaque année et, tous les trois ans, un module sur la santé composé d'une partie européenne et d'une partie spécifique à la France qui sera consacrée, en 2017, à la complémentaire santé.

GRAPHIQUE 1

Personnes déclarant un état de santé perçu « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais » selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage



Lecture • 20 % des 15 ans ou plus vivant dans des ménages dont la personne de référence est cadre ou profession intellectuelle supérieure déclarent un état de santé « assez bon », « mauvais » ou « très mauvais ». À structure d'âge et de sexe comparable, la proportion des cadres déclarant un état de santé dégradé est la plus basse, soit 0,65 fois la proportion de l'ensemble de la population.

Champ • Population âgée de 15 ans ou plus résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source • DREES-IRDES, EHIS-ESPS 2014.

9 % des femmes et 5 % des hommes présentent des symptômes dépressifs

L'enquête EHIS-ESPS a introduit en 2014, dans le cadre d'un règlement européen, les questions du module PHQ-8 (encadré 3). Elles mesurent la présence et l'intensité de symptômes dépressifs en fonction des réponses à huit questions ayant trait à la santé mentale. D'après ce module, environ 9 % des femmes et 5 % des hommes résidant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine présentent, dans les deux semaines précédant l'interrogation, des symptômes dépressifs. La fréquence des symptômes ainsi relevés est très proche des prévalences des épisodes dépressifs caractérisés mesurés

dans d'autres enquêtes à l'aide d'entretiens diagnostics structurés ; l'écart entre femmes et hommes se retrouve également (Beck, Guignard, 2012). La France est à la huitième position des 26 pays européens pour lesquels les données sont disponibles, mais se situe à peu près au niveau de la moyenne calculée sur ces pays avec 7 % des 15 ans ou plus concernés (graphique 2).

La fréquence de ces symptômes varie avec l'âge (tableau A sur le site internet de la DREES). Pour les femmes, un premier palier s'observe autour de 45 ans, puis un second aux âges les plus avancés, à partir de 75 ans. Pour les hommes, cette dernière dégradation est particulièrement marquée. Ainsi, quand 5 % des femmes et 3 % des hommes

de 15 à 24 ans présentent des symptômes dépressifs, c'est le cas de 10 % des femmes et de 4 % des hommes de 65 à 74 ans, ainsi que de 22 % des femmes et de 13 % des hommes de 75 ans ou plus (résidant à domicile).

L'augmentation de la fréquence des situations d'épisodes dépressifs aux âges les plus élevés est un résultat attendu, mais dont l'ampleur semble varier avec la mesure utilisée. Celle mesurée avec le module PHQ-8 est en effet bien plus grande que l'augmentation de la déclaration d'avoir vécu dans l'année une dépression (9 % des 75 ans ou plus contre 6 % de l'ensemble des 15 ans ou plus). Ce décalage est perceptible dans les moyennes européennes, mais il est de moindre ampleur : 13 % des 75 ans ou plus présentent des symptômes dépressifs, contre 7 % de l'ensemble des 15 ans ou plus. De même, 10 % des 75 ans ou plus déclarent une dépression, contre 7 % de l'ensemble des 15 ans ou plus. Il est possible que le module PHQ-8 peine à distinguer les symptômes dépressifs de ce qui relève du vieillissement et de la perte d'autonomie. Cependant, cette différence pourrait aussi être due à la méconnaissance ou à la sous-déclaration de la dépression parmi les personnes âgées. Ainsi, le module PHQ-8 permettrait, mieux que la déclaration de la dépression, de repérer la dégradation de la santé mentale, y compris en prenant mieux en compte les répercussions du vieillissement et de la perte d'autonomie sur la santé mentale. Des disparités sociales d'état de santé mentale sont également observées. À structure par âge et sexe comparable, et en utilisant la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage, les employés déclarent nettement plus fréquemment des symptômes dépressifs que l'ensemble de la population (1,6 pour les employés de commerce et 1,4 pour les employés administratifs contre 1,0 pour l'ensemble de la population), à l'inverse des cadres (0,6) et, dans une moindre mesure, des professions intermédiaires et des agriculteurs (0,8), et des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (0,9) [graphique 3].

ENCADRÉ 3

Mesure de la santé mentale dans l'enquête EHIS-ESPS 2014

Le module PHQ-8 (ou « Brief Patient Health Questionnaire, Depression Module ») a été introduit pour la première fois en 2014 dans l'enquête EHIS-ESPS. Il repose sur l'approche de la dépression retenue dans le manuel de référence de l'American Psychiatric Association (APA), le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dans sa quatrième révision (DSM-IV). Il appréhende l'état de santé mentale des enquêtés, et plus précisément une éventuelle dépression, à partir de questions portant sur l'existence et l'intensité de symptômes évocateurs d'un épisode dépressif, recensés au cours des deux dernières semaines.

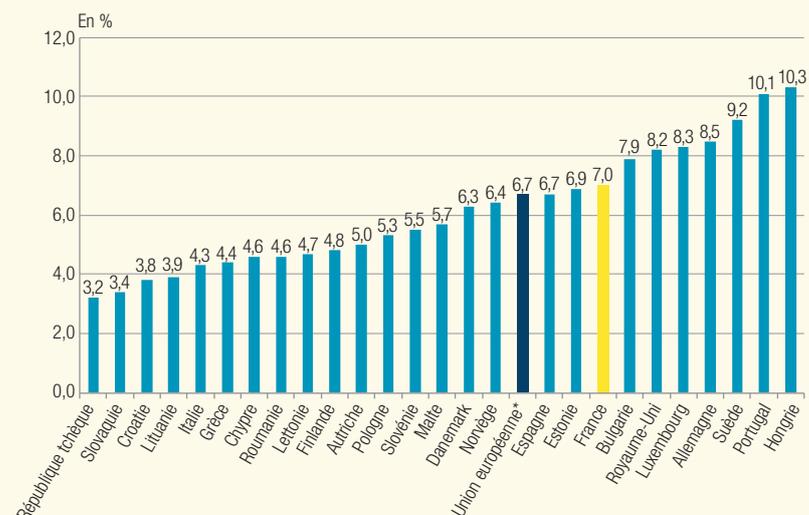
Ce module comporte huit questions qui portent sur le manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ; la tristesse, la déprime ou le désespoir ; les troubles du sommeil ; la fatigue ou le manque d'énergie ; les variations d'appétit ; les difficultés à se concentrer ; l'estime de soi ; les difficultés à bouger ou parler, ou à l'inverse les éventuels surcroîts d'activité.

La mesure retenue ici considère les deux premières questions comme des questions filtres. Le fait d'avoir présenté au moins deux des huit dimensions investiguées plus de la moitié des jours et qu'une au moins de ces deux dimensions soit ou bien le manque d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ou bien la tristesse, la déprime ou le désespoir indique que la personne présente des symptômes dépressifs. Cette approche sous-tend les premiers résultats présentés par Eurostat (Eurostat, 2017). Elle diffère pourtant d'autres approches pouvant être mises en œuvre, notamment celle d'un score continu qui considère chacune des 8 dimensions comme équivalentes et qui s'étend de 0 à 24, avec un seuil de 10 pour identifier les personnes présentant des symptômes dépressifs. La littérature note néanmoins la grande proximité des résultats selon ces différents indicateurs (Kroenke *et al.*, 2009).

À la différence de la déclaration d'une dépression parmi la liste des 15 maladies déclarées (réponse « oui » à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une dépression ? »), le repérage des symptômes dépressifs à l'aide du module PHQ-8 ne nécessite pas que l'état dépressif soit identifié par la personne enquêtée. S'il interroge l'existence et l'intensité de symptômes dépressifs, le module PHQ-8 ne constitue pas un outil de diagnostic individuel, dont d'autres modules de santé mentale, à l'instar du CIDI-SF (Composite International Diagnostic Interview – Short Form), peuvent s'approcher. Il permet néanmoins de qualifier la vulnérabilité d'une population à des symptômes dépressifs et de comparer des populations entre elles.

GRAPHIQUE 2

Fréquence de la déclaration de symptômes dépressifs dans les pays européens



* La moyenne « Union européenne » est estimée à partir des données de 26 pays parmi les 28 pays européens dont les données sur les symptômes dépressifs sont disponibles (Belgique et Pays-Bas non-inclus).

Note • Les écarts entre les pays européens peuvent rendre compte de différents phénomènes : des fréquences distinctes des symptômes dépressifs, des effets de composition liés à l'âge de la population dans les pays, mais aussi des propensions différentes à déclarer des symptômes à partir du questionnaire utilisé.

Lecture • En France, 7,0 % de la population présentent des symptômes dépressifs. En moyenne, en Europe, leur fréquence s'établit à 6,7 % (moyenne pondérée en fonction de la population de chaque pays).

Champ • Population âgée de 15 ans ou plus résidant en ménages ordinaires.

Source • Eurostat, EHIS 2014.

28 % de fumeurs dont 22 % de fumeurs quotidiens en France en 2014

En 2014, environ 28 % de la population de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine fument dont 22 % fument quotidiennement*. La proportion de fumeurs est ainsi légèrement supérieure en France à la moyenne des 27 pays européens pour lesquelles les données sont disponibles (EU-28 sauf Irlande). En effet, en moyenne, 24 % des Européens fument dont 19 % quotidiennement. La France est le quinzième des 27 pays le plus concerné par le tabagisme quotidien des hommes (26 % des hommes en France contre 23 % au niveau européen), et le sixième pays le plus concerné par le tabagisme quotidien des femmes (19 % des femmes en France contre 16 % au niveau européen). La consommation de tabac des femmes s'est rapprochée de celle des hommes ces dernières années en France (Guignard *et al.*, 2015).

Parmi les 25-34 ans, 41 % fument, dont 32 % quotidiennement et 9 % occasionnellement, ce qui en fait la tranche d'âge ayant le plus fort taux de tabagisme. Ce taux est inférieur chez les 15-24 ans (33 %), en raison d'un moindre taux de fumeurs quotidiens (24 %). Passé ces âges, la consommation de tabac (quotidienne ou occasionnelle) décroît, avec 38 % de fumeurs parmi les 35-44 ans, 34 % des 45-54 ans, puis 22 % des 55-64 ans, 12 % des 65-74 ans et moins de 5 % des 75 ans ou plus. L'arrêt du tabac au cours de la vie, le différentiel d'espérance de vie entre fumeurs et non-fumeurs et des disparités par génération se conjuguent très probablement pour expliquer cette tendance (Guignard *et al.*, 2015). Ouvriers (non-qualifiés et qualifiés) et employés de commerce sont les catégories les plus concernées, une fois pris en compte l'effet de la structure par sexe et âge, avec des indices compris entre 1,2 et 1,4 (contre 1 pour l'ensemble de la population). À l'inverse, les agriculteurs (0,5) et les cadres et professions intellectuelles supérieures (0,7) sont moins touchés par le tabagisme quotidien (graphique 4). Le tabagisme occasionnel est plus fréquent chez les cadres que dans l'ensemble de la population. Pour comprendre ces disparités sociales en matière de tabagisme, il faut tenir compte du sens de cette pratique pour les fumeurs (effets psychotropes, insertion

...
3. À champ comparable (les 15-75 ans), ces pourcentages sont légèrement inférieurs à ceux du Baromètre santé 2014 (Guignard *et al.*, 2015) : l'enquête EHIS-ESPS dénombre 24 % de fumeurs quotidiens et 6 % de fumeurs occasionnels, contre 28 % de fumeurs quotidiens et 6 % de fumeurs occasionnels d'après le Baromètre santé.

4. EU-28 sauf Irlande, pour laquelle les données ne sont pas encore disponibles.

sociale, notamment chez les jeunes, soutien social, façon de se projeter dans l'avenir et sentiment de son propre contrôle sur sa vie...) qui peut varier selon la situation sociale (HCSP, 2009).

Ces résultats s'entendent hors usage de la cigarette électronique. Les 15 ans ou plus sont 7 % à déclarer l'utiliser occasionnellement ou quotidiennement : 6 % l'utilisent et fument par ailleurs, et seulement 1 % l'utilisent mais ne consomment pas de tabac.

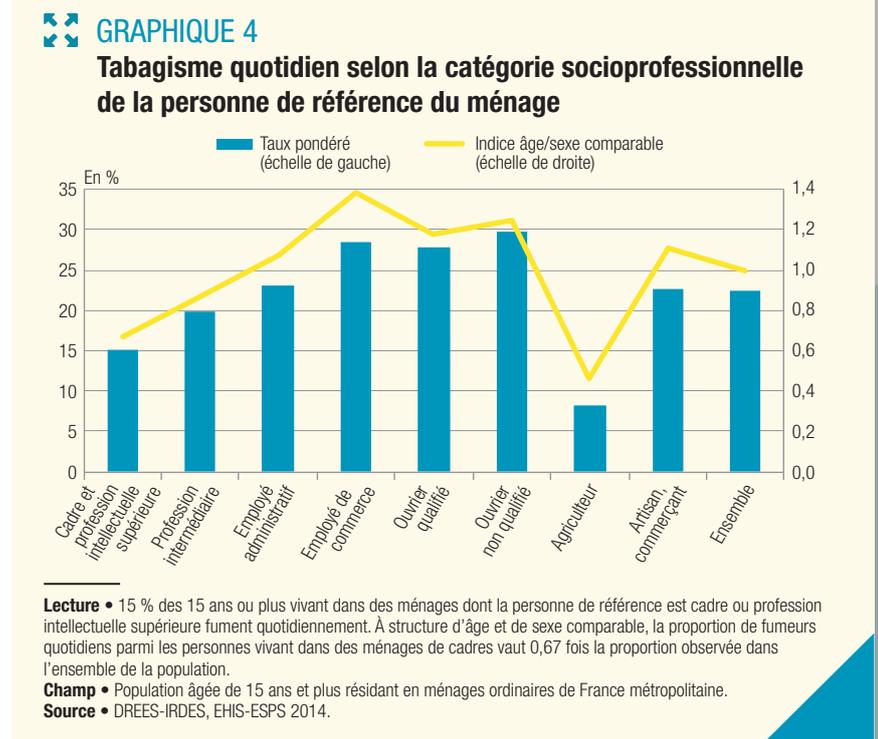
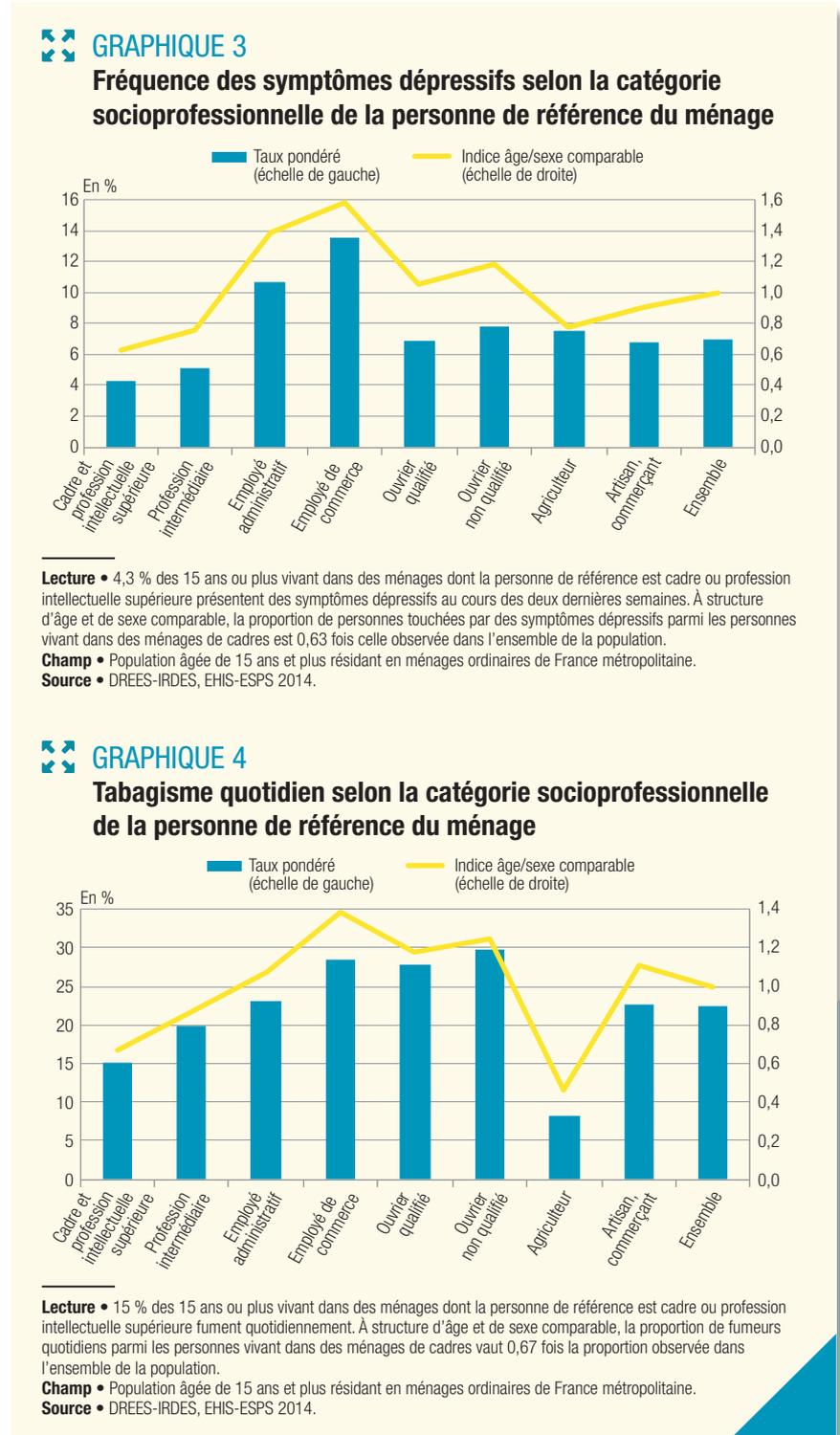
46 % des 15 ans ou plus en excès de poids, 31 % en surpoids et 15 % en situation d'obésité

L'enquête EHIS-ESPS 2014 recueille également le poids et la taille que déclarent les enquêtés, ce qui permet de calculer leur indice de masse corporelle (IMC), soit le rapport entre leur poids (en kilogrammes) et le carré de leur taille (en mètres). L'insuffisance pondérale concerne 4 % des répondants (IMC inférieur à 18,5 pour les adultes, les seuils sont inférieurs et varient avec l'âge pour les 15-17 ans). La moitié des 15 ans ou plus ont un IMC dans la norme, c'est-à-dire qu'il n'est pas un facteur de risque, tandis que 46 % sont en excès de poids (IMC supérieur à 25 pour les adultes), soit 31 % en surpoids (IMC compris entre 25 et 30 pour les adultes) et 15 % avec un IMC caractéristique de l'obésité (supérieur à 30 pour les adultes).

La France se situe dans une position favorable au niveau européen⁴. En Europe, l'excès de poids concerne la moitié de la population, dont 15 % pour l'obésité et 35 % pour le surpoids et, à l'opposé, l'insuffisance pondérale touche 3 % des Européens. La France est le pays pour lequel le surpoids est le moins fréquent, alors que le taux d'obésité est proche de la moyenne européenne.

En France, l'obésité concerne autant les femmes que les hommes, soit 15 % chacun. Le surpoids touche, en revanche, plus les hommes (37 %) que les femmes (25 %). Ces différences selon le sexe sont également observées sur l'ensemble de la population européenne et dans la plupart des pays.

La répartition de la population par classe d'IMC varie avec l'âge : 75 % des 15-24 ans ont un IMC dans la norme, mais cette proportion décroît ensuite régulièrement pour ne concerner que



36 % des 65-74 ans. Elle remonte ensuite à 46 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. La situation de majeur concerne particulièrement les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgés (85 ans ou plus). La fréquence du surpoids et de l'obésité atteint, quant à elle, un plateau autour de 65-84 ans : plus de 20 % de cette classe d'âge est dans une

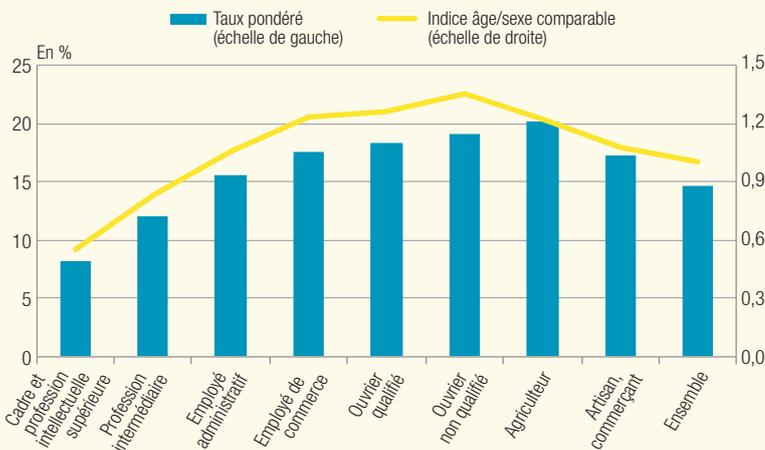
situation d'obésité et près de 40 % est en surpoids.

Avec 20 % des 15 ans ou plus atteints, les personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence est agricultrice sont la catégorie sociale la plus exposée à l'obésité. Cependant, à structure par âge et sexe comparable, la fréquence de l'obésité chez ces personnes est plus proche de celle des



GRAPHIQUE 5

Fréquence de l'obésité selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage



Lecture • 8 % des 15 ans ou plus vivant dans des ménages dont la personne de référence est cadre ou profession intellectuelle supérieure sont en situation d'obésité. À structure d'âge et de sexe comparable, la proportion de personnes obèses parmi les personnes vivant dans des ménages de cadres vaut 0,55 fois la proportion observée dans l'ensemble de la population.

Champ • Population âgée de 15 ans ou plus résidant en ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source • DREES-IRDES, EHIS-ESPS 2014.

ménages employés, ouvriers ou artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, avec un indice 1,2 à 1,3 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population. Les cadres sont les moins concernés, avec un indice de 0,6 fois celui de l'ensemble de la population ainsi que, dans une moindre mesure, les professions intermédiaires (0,8 fois) [graphique 5]. S'agissant de données déclaratives, et au regard des normes sociales liées au corps, il reste possible que des mésestimations du poids ou de la taille puissent être enregistrées sans que les ordres de grandeur décrits ici soient remis en cause⁵.



5. Les résultats sur les 30-69 ans dans EHIS-ESPS 2014 sont très proches de ceux publiés sur la cohorte Constances, qui s'appuie sur un examen clinique (Matta *et al.*, 2016) ou de ceux présentés dans le rapport *L'état de santé de la population en France, Rapport 2015*, réalisé à partir de différentes sources (Prost, Rey, 2015).

Deux autres Questions d'économie de la santé/Études et Résultats paraîtront en 2017 présentant les premiers résultats en matière d'assurance santé et d'accès aux soins. L'ensemble des résultats de l'enquête sera par ailleurs communiqué dans un rapport de l'IRDES à paraître en 2017.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Beck J.-F., Guignard R., 2012, « La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population », *La santé de l'homme*, n° 421, septembre-octobre.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T., 2014, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », rapport de l'IRDES, n° 556, juin.
- Eurostat (2017) : Consultable sur le site de la Commission européenne, <http://ec.europa.eu>, Rubrique Eurostat, Santé, État et déterminants de la santé, Données, Base de données.
- Guignard R., Beck F., Wilquin J.L., Andler R., Nguyen-Thanh V., Richard J.B., *et al.*, 2015, « La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014 ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 17-18, mai.
- Haut conseil de la santé publique (HCSP), 2009, *Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité : rapport*, HCSP, décembre.
- Kroenke K., Strine T. W., Spitzer R. L., Williams J. B. W., Berry J. T., Mokdad A. H., 2009, "The PHQ-8 as a Measure of Current Depression in the General Population", *Journal of Affective Disorders*, vol. 114, n° 1-3, avril.
- Matta J., Zins M., Feral-Pierssens A.-L., Carette C., Ozguler A., Goldberg M., Czernichow S., 2016, « Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n° 35-36, octobre.
- Prost T., Rey S. (dir.), 2015, *L'État de santé de la population en France. Rapport 2015*, DREES, coll. Études et Statistiques.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Fabienne Brifaut

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

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

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

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