

Disparités sociales de morbidité en France

Andrée Mizrahi
Arié Mizrahi

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	Christian Prieur
Membres	Mohamed Abdelatif, Claude Amis, Marie-Josée Baffoy, Jean-Marie Benech, Agnès Bocognano, Etienne Caniard, Dominique Georgeon, Pierre Jeanson, Gérard de Pouvourville, Gérard Rameix, Marcel Ravoux, Marie-Odile Safon, Jean-Marie Thomas.
Chargé de mission scientifique et technique	Alain Ferragu

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	Joël Ménard
Membres	Jean-Marie Benech, Anne-Marie Brocas, Boyan Christoforov, Jean-Pierre Deschamps, Michèle Fardeau, Patrick Festy, Maryse Gadreau, Ludovic Lebart, Hugues Maury, Henri Picheral, Jean-Pierre Poullier, Gérard de Pouvourville, Simone Sandier, Alain Trognon.

EQUIPE DE RECHERCHE

Directeur	Dominique Polton
Directeurs de recherche	Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, François Tonnellier.
Maîtres de recherche	Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur, Georges Menahem, Catherine Sermet, Marie-Jo Sourty-Le Guellec.
Chargés de recherche	Agnès Bocognano, Véronique Lucas-Gabrielli, Nathalie Grandfils, Valérie Paris, Nadine Raffy-Pihan.
Attachés de recherche	Fabienne Aguzzoli, Anne Aligon, Sylvie Dumesnil, Annick Le Pape.
Documentalistes	Suzanne Chriqui, Agnès Grandin, Nathalie Meunier, Marie-Odile Safon.
Informaticiens	Martine Broïdo, Olivier Busson, Jacques Harrouin, Thierry Hensgen, Catherine Ordonneau, Philippe Roubach, Frédérique Ruchon.
Assistante de recherche	Catherine Banchereau
Responsable administratif et financier	Zette Dayan
Cadre administratif	Isabelle Henri
Secrétaires	Céline Arnoux, Patricia Darfeuille, Michèle Naon, Charlotte Scheiblin, Sandrine Sebag.

Conseiller scientifique permanent	Henri Péquignot
--	-----------------

Disparités sociales de morbidité en France^{*}

Andrée Mizrahi
Arié Mizrahi

Biblio n° 1177

Mai 1997

* *Ce document a servi de support à l'exposé présenté aux Assises Régionales de la Santé, Dunkerque, 5 mai 1997.*

I.S.B.N. : 2-87812-207-0

Sommaire

	page
Les résultats déjà connus sur la mortalité	1
L'exemple de la profession	1
La mortalité ne recouvre pas la morbidité	3
Des indicateurs de morbidité : quelques points de méthode	4
Les disparités de morbidité	8
Le niveau d'instruction.....	8
La catégorie socioprofessionnelle individuelle.....	8
Le milieu social.....	11
Un indicateur plus subjectif de l'état de santé	12
Conclusion	14
Bibliographie succincte	14
Annexe	17

L'analyse des disparités de morbidité, qu'elles soient régionales ou sociales, a presque toujours été précédée d'analyses sur la mortalité différentielle.

Ainsi, les disparités sociales de mortalité sont étudiées et analysées à l'INSEE depuis une trentaine d'années, les premiers travaux remontant à 1965 [1]. Nous ferons juste un bref rappel des résultats plus récents élaborés par G. Desplanques [2], [3].

Sur le plan de l'état de santé, ou plus précisément de la morbidité analysée d'une manière globale au niveau de la personne et non maladie par maladie, nous présenterons des résultats plus récents, issus des enquêtes du CREDES sur la santé et la protection sociale de 1995 et 1994.

Les résultats déjà connus sur la mortalité

Les disparités de mortalité entre groupes sociaux sont assez marquées en France et plus accentuées pour les hommes que pour les femmes. Les estimations sont faites à partir de 49 000 décès de personnes de 35 à 75 ans observés sur la période 1980-1989, pour un échantillon de personnes issu du recensement de 1975.

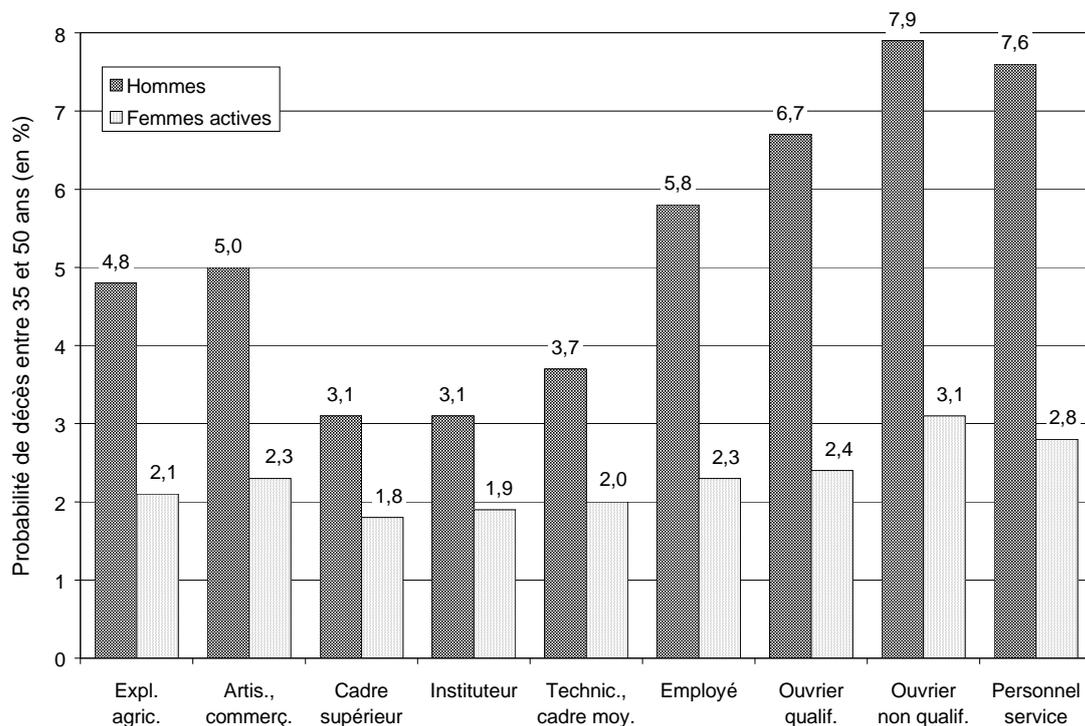
L'exemple de la profession

La probabilité de décéder pour les hommes entre 35 et 50 ans a été, pendant cette période, de 3,1 % pour un cadre supérieur¹, de 3,7 % pour un cadre moyen, de 6,7 % pour un ouvrier qualifié et de presque 8 % pour un ouvrier non qualifié qui avait donc deux fois et demi plus de risque de décéder qu'un cadre supérieur. Pour les femmes actives, toujours au moment du recensement, l'ordre des professions est bien le même que celui des hommes, mais d'une part la probabilité de décéder est inférieure à celle des hommes pour toutes les catégories et d'autre part, l'écart entre catégories extrêmes est moins marqué que pour les hommes : de 1,8 % de risque de décéder entre 35 et 50 ans pour une femme cadre supérieur à 3,1 % pour une femme ouvrière non qualifiée, soit un écart de l'ordre de 1,7 (cf. graphique 1). Les différences de mortalité entre hommes et femmes exerçant la même profession sont plus accentuées pour les ouvriers non qualifiés que pour les cadres supérieurs. La mortalité des hommes, comprise entre 1,6 et 1,7 fois celle des femmes pour les groupes favorisés est beaucoup plus importante pour les groupes moins favorisés, dépassant deux fois et demi celle des femmes.

On peut aussi étendre cette information aux tranches d'âge 35-75 ans en considérant l'indice standardisé de mortalité. C'est un indice comparatif qui élimine l'effet des structures par âge : c'est le rapport du nombre de décès qui aurait été observé dans le groupe si la mortalité avait été celle de la population au nombre de décès observé. Cet indice vaut un pour la population et varie pour les hommes de 0,58 pour les cadres supérieurs et les professions libérales à 1,52 pour les ouvriers non qualifiés et pour les femmes actives (toujours au moment du recensement), de 0,70 pour les cadres supérieurs à 1,1 pour les ouvrières non qualifiées, soit des écarts de même niveau que précédemment.

¹ Y compris les membres des professions libérales.

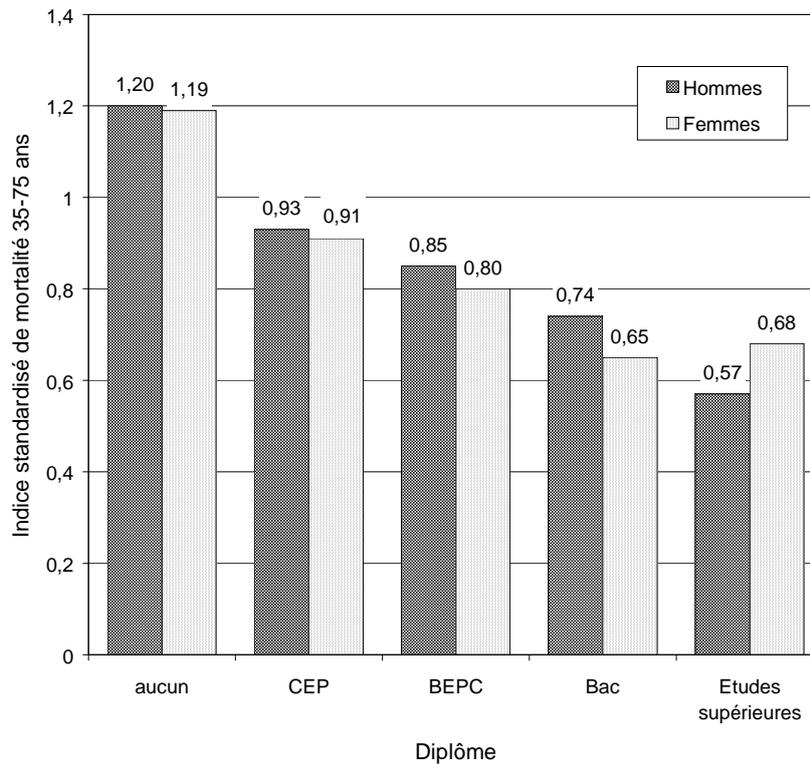
Graphique 1 (mort.xls/CSP)
Mortalité par catégorie socioprofessionnelle et sexe
Personnes de 35-50 ans
 France 1980-1989



Source : Guy Desplanques, *Etude longitudinale de la mortalité : échantillon de 1975, INSEE.*

Outre la variation de la mortalité avec la profession, on observe aussi des écarts non négligeables avec le niveau d'instruction ou de diplôme, caractéristique en général stable au cours de la vie, le niveau définitif étant souvent acquis jeune. L'indice standardisé de mortalité diminue quand le niveau de diplôme augmente, aussi bien pour les hommes que pour les femmes (*cf. graphique 2*). Pour les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur, l'indice standardisé de mortalité entre 35 et 75 ans est proche de celui des cadres supérieurs (respectivement 0,57 et 0,58 pour les hommes et 0,68 et 0,70 pour les femmes). Par contre, pour les personnes sans diplôme, qui peuvent ou en tous cas qui pouvaient exercer des professions variées, le phénomène est totalement différent pour les hommes et les femmes. L'indice standardisé de mortalité est nettement moins important pour les hommes sans diplôme (1,20) que pour les ouvriers non qualifiés pour lesquels il atteint 1,52. Par contre, la mortalité est moins importante pour les femmes actives en général et les ouvrières non qualifiées ont une mortalité inférieure (1,05) à celle des femmes sans diplôme (1,19).

Graphique 2 (mort.xls/diplôme)
Mortalité par sexe et diplôme
Personnes de 35-75 ans
France 1980-1989



Source : Guy Desplanques, *Etude longitudinale de la mortalité : échantillon de 1975*, INSEE.

La mortalité ne recouvre pas la morbidité

Pendant longtemps, les indicateurs de mortalité, ceux-ci ou d'autres (par exemple, taux de mortalité infantile), ont été utilisés pour apprécier l'état de santé des populations. Cependant, la mortalité, tout en représentant un axe important de la morbidité, est insuffisante pour décrire cette réalité complexe. Des pans entiers de la morbidité n'entraînent pas ou peu de décès ; ils n'en sont pas moins importants par les incapacités et les souffrances qui en résultent. Leur impact sur la mortalité n'est pas proportionnel à leurs conséquences sur les conditions de vie. Suivant l'importance relative des causes de décès d'une part, des états morbides d'autre part, la mortalité peut s'avérer élevée dans un groupe où la morbidité est faible et inversement ; exemple connu : la prévalence de l'arthrose ou des varices, maladies non mortelles, plus élevée pour les femmes à un âge donné que pour les hommes, alors que ceux-ci sont plus souvent atteints de cancers des voies aéro-digestives.

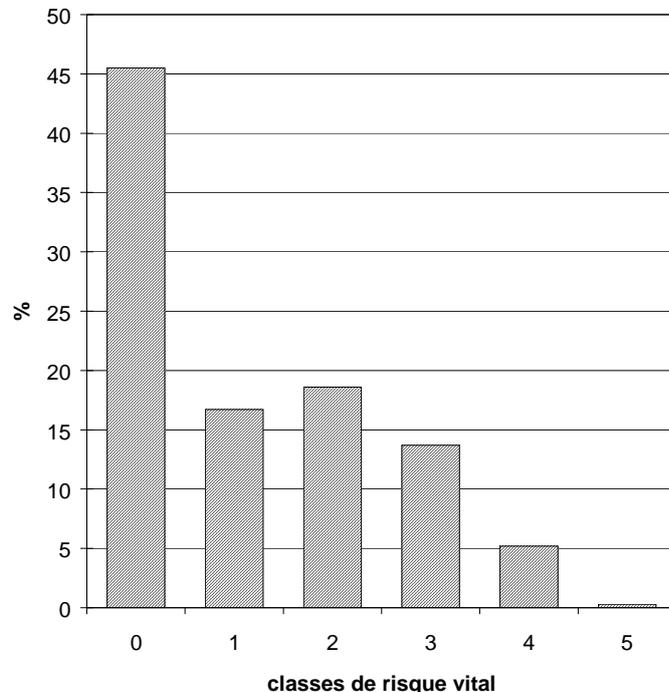
Dans la mesure où de fortes inégalités sociales persistent, voire s'accroissent, tant dans les taux de mortalité que dans les distributions de revenu ou l'accès au marché du travail, on peut s'interroger sur les liens entre mortalité et morbidité selon les différentes catégories sociales. Existe-t-il des groupes sociaux qui simultanément présenteraient une mortalité élevée et une morbidité faible ?

Des indicateurs de morbidité : quelques points de méthode

C'est pour compléter et étendre aux vivants ces études de mortalité différentielle que le CREDES a mis au point dans les années 70 des indicateurs de morbidité au niveau des personnes [4], [5]. Ces indicateurs, posés par des médecins au vu de dossiers très complets, ont été appliqués aux échantillons des enquêtes nationales sur la santé et les soins médicaux de 1980 et 1991-92 et sont maintenant utilisés en routine dans l'enquête sur la santé et la protection sociale que conduit le CREDES tous les ans depuis 1988. L'essentiel des résultats présentés ici sont issus de cette enquête relative aux années les plus récentes, 1994 et 1995, dont l'échantillon exploitable pour la morbidité comporte 14 132 personnes [6].

Pour appréhender la morbidité d'une manière à la fois globale et quantifiée, un indicateur à deux dimensions, le risque vital (six échelons de gravité croissante) et l'invalidité (huit échelons de gravité croissante), permet à des médecins de synthétiser les divers renseignements disponibles, à l'aide de concepts et d'une démarche intellectuelle qui leur est familière et assez proche de celle qu'ils ont devant un patient.

Graphique 3
Distribution du risque vital
France 1994-95



45,5 % des enquêtés ne présentent aucun indice de risque vital, 16,7 % présentent un pronostic péjoratif très faible, 18,6 % un pronostic péjoratif faible ; à partir de la classe 3, la situation s'aggrave et 13,7 % présentent un risque possible sur le plan vital, 5,2 % un pronostic probablement mauvais et 0,3 % un pronostic mauvais (cf. graphique 3).

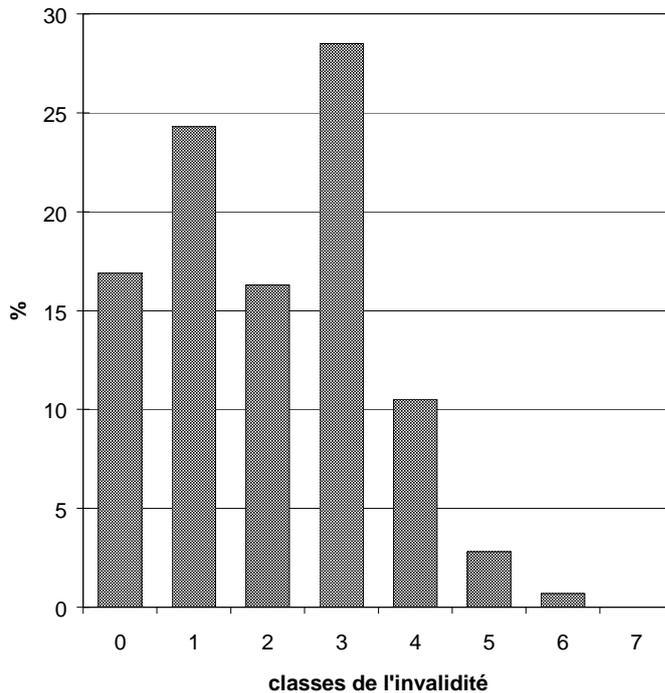
Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Les six classes de risque vital :

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 0. aucun indice de risque vital, | 3. risque possible sur le plan vital, |
| 1. pronostic péjoratif très très faible, | 4. pronostic probablement mauvais, |
| 2. pronostic péjoratif faible, | 5. pronostic sûrement mauvais. |

Rappelons qu'il s'agit de personnes résidant à leur domicile donc, certaines personnes plus exposées, les personnes âgées en maison de retraite, les adultes handicapés en foyer, etc., ne sont pas dans l'échantillon. Par ailleurs, nous savons aussi que tant les populations très marginalisées que les familles où se trouve un malade grave acceptent moins souvent que les autres de participer à ce type d'enquête.

Graphique 4
Distribution de l'invalidité
France 1994-95



L'échelle d'invalidité est plus discriminante dans la mesure où 16,9 % seulement de personnes n'ont aucune gêne, 24,3 % sont gênées de façon infime et 16,3 % peu gênées. A partir du niveau trois, les conséquences de la maladie apparaissent plus nettement : 28,5 % des personnes sont gênées mais mènent une vie normale et les 14,1 % restant doivent au moins restreindre leur activité.

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Les huit classes de l'invalidité :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 0. pas de gêne, | 4. doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques, |
| 1. gêné de façon infime, | 5. activité réduite et/ou ralentie, |
| 2. peu gêné, | 6. n'a pas d'autonomie domestique, |
| 3. gêné, mais mène une vie normale, | 7. alitement permanent. |

Bien évidemment, tant le pronostic vital que l'invalidité augmentent avec l'avancée en âge, et d'une manière générale, au même âge, les hommes ont un pronostic vital moins bon que les femmes, mais ces dernières souffrent d'invalidités plus graves.

A partir de ces indicateurs, de l'âge et du sexe et d'un modèle statistique simple (cf. encadré n°1), nous avons estimé le vieillissement relatif de chaque personne, vieillissement qui s'exprime en années et correspond à un vieillissement en quelque sorte "prématuré" pour certaines personnes dont l'état de santé n'est pas très bon pour leur âge et au contraire, à un vieillissement "retardé" pour d'autres.

Cette notion de vieillissement a été utilisée par l'équipe du Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre à partir de batteries de tests et d'analyses biologiques et après un examen médical effectué par un médecin. Les personnes ont été revues cinq ou six ans plus tard et une comparaison a pu être faite. Ces travaux sont malheureusement anciens, la publication date de 1984 [7], et n'ont pas été repris, à notre connaissance.

Encadré n°1

Estimation du vieillissement relatif
enquête sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Une liaison linéaire forte lie l'âge, le pronostic vital et l'invalidité. Elle peut s'écrire :

$$\text{Age} = a * \text{Pronostic} + b * \text{Invalidité} + c + u$$

Les ajustements sont faits au niveau individuel, séparément pour les hommes et les femmes. Les coefficients de corrélation sur 7 000 personnes environ sont de l'ordre de 0,7. L'âge est compté en années, le pronostic vital sur une échelle arithmétique de 0 à 5 et l'invalidité sur une échelle arithmétique de 0 à 7.

Paramètres du modèle		Hommes	Femmes
Pronostic vital	a	5,985	4,153
	σa	0,194	0,200
Invalidité	b	5,350	7,760
	σb	0,183	0,181
Constante	c	16,771	13,375
	σc	0,299	0,313
Coefficient de corrélation		0,698	0,723
	R2	0,468	0,523
Effectifs observés		6 967	7 140

A partir de ces estimations, l'âge morbide et le vieillissement relatif sont estimés pour chaque personne *i* par

$$\text{âge morbide (i)} = \text{âge (i)} + a * (\text{pronostic (i)} - \text{pronostic moyen pour cet âge}) + b * (\text{invalidité (i)} - \text{invalidité moyenne pour cet âge})$$

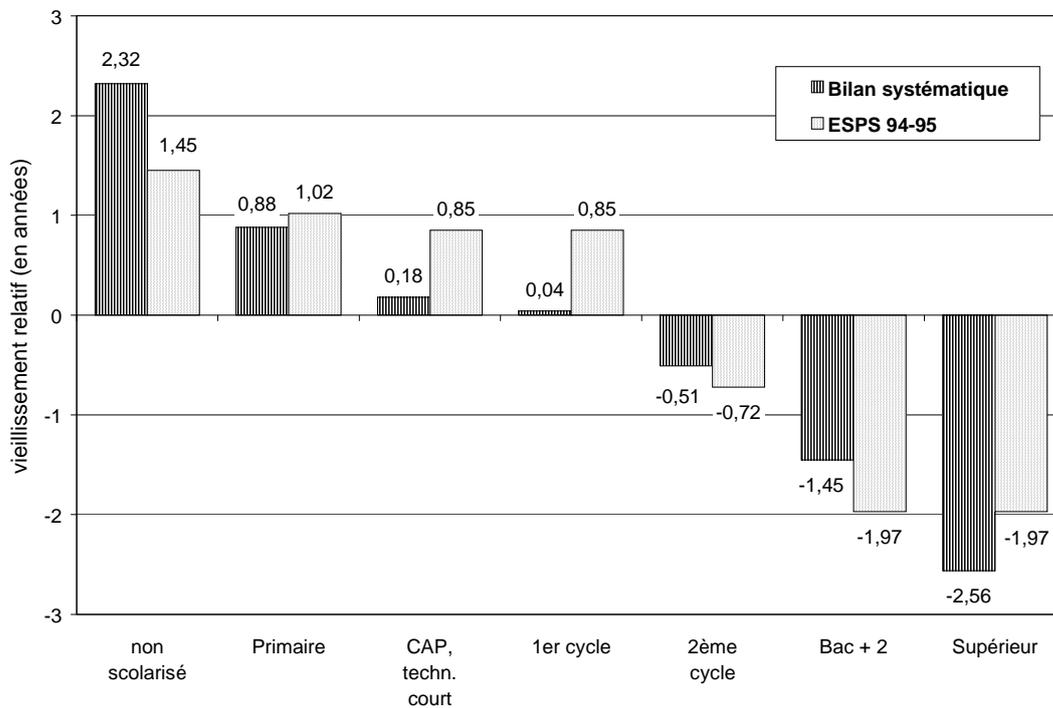
et

$$\text{vieillissement relatif (i)} = \text{âge morbide(i)} - \text{âge(i)}$$

Le vieillissement relatif s'exprime en années (comme l'âge et l'âge morbide).

Ainsi, la variation en fonction du niveau d'études du vieillissement relatif établi à partir des informations fournies par les ménages et synthétisées par des médecins, est très comparable à celle déduite des bilans systématiques et des examens médicaux (cf. graphique 5 et en annexe, tableau 1). Les écarts sont cependant plus importants dans le deuxième cas (4,88 ans entre les classes extrêmes) que dans le premier (3,44 ans). Bien que les estimations portent sur des populations et des périodes différentes (Lorraine et France - 1980-82 et 1994-95), les résultats incitent à penser que l'indicateur de vieillissement est plus discriminant lorsqu'il est basé sur des éléments plus objectifs et plus fiables (consultation médicale, examens complémentaires) que lorsqu'il est basé sur les déclarations des enquêtés interprétées par des médecins.

Graphique 5 (vieilrel.xls/estimetu)
Estimations du vieillissement relatif selon le niveau d'études
Hommes de 18 ans et plus
Bilan systématique (1984) et enquête auprès des ménages (1994-95)



Source : bilan systématique Vandoeuvre 1984 et enquête CREDES SPS 1994-1995

Les disparités de morbidité

Nous avons centré notre analyse du vieillissement relatif autour des variables pour lesquelles la mortalité varie sensiblement :

- niveau d'instruction ou de diplôme,
- profession et activité,
- milieu social.

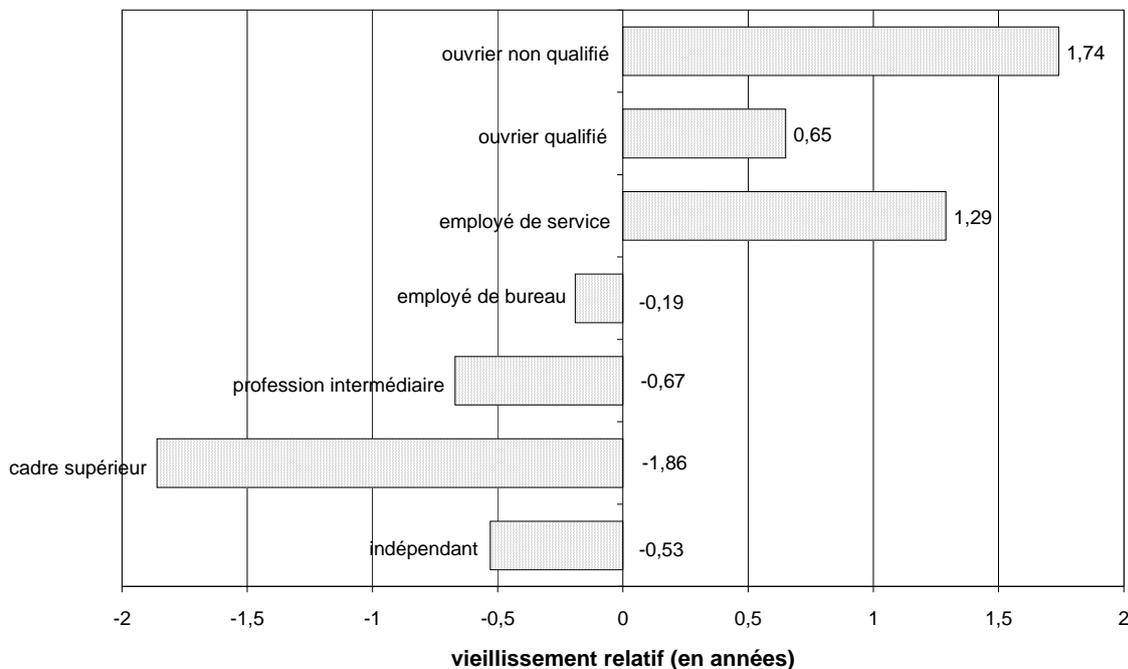
Le niveau d'instruction

Ainsi, en fonction du diplôme ou du niveau d'études, c'est pour les hommes non scolarisés que le vieillissement prématuré est le plus élevé, de l'ordre de un an et demi à deux ans, alors qu'il est retardé de deux ans à deux ans et demi pour les hommes ayant fait des études supérieures. Un écart comparable, de près de quatre ans, s'observe selon la profession ou la dernière profession exercée : les ouvriers non qualifiés accusent un vieillissement prématuré de 1,7 an, alors que les cadres supérieurs présentent un vieillissement retardé de 1,9 an.

La catégorie socioprofessionnelle individuelle

Sur le plan sanitaire, le groupe des employés est formé de deux sous-groupes assez distincts, les fonctionnaires et les employés de bureau dont le vieillissement relatif est proche de zéro (-0,2 an), c'est-à-dire proche de la moyenne de la population compte tenu de la structure de ce groupe par âge et sexe, alors que les employés de commerce et de service présentent un vieillissement prématuré de 1,3 an, supérieur à celui des ouvriers qualifiés (*cf. graphique 6 et en annexe, tableau 2*).

Graphique 6 (vieilrel/CSP)
Vieillissement relatif selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle
Personnes de 18 ans et plus
France 1994-95



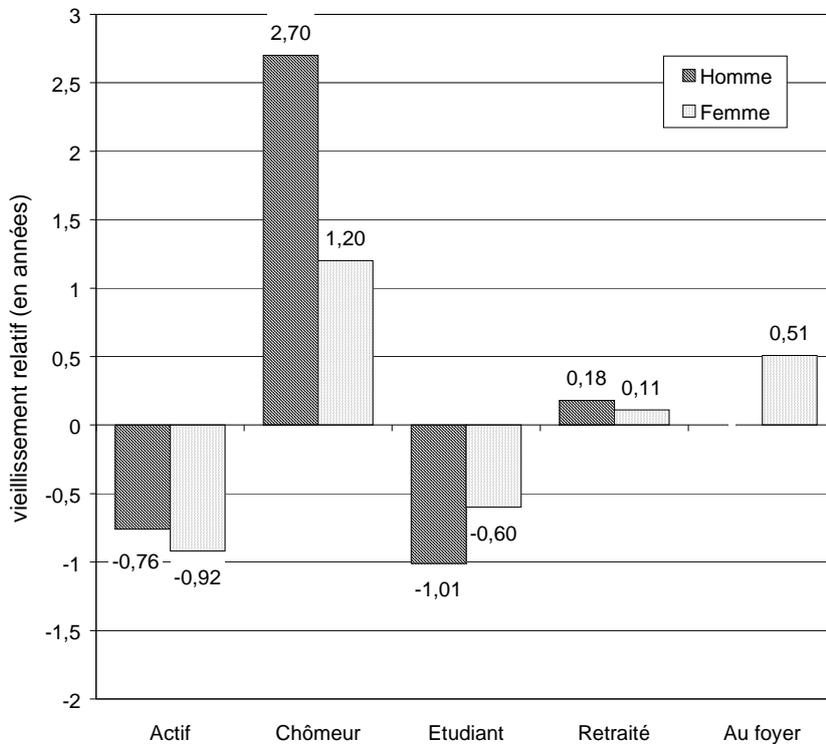
Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

En cette période de chômage, la profession ou la dernière profession exercée est une caractéristique insuffisante, les plus grandes inégalités portant sur l'exercice ou non d'une profession. Ainsi, alors que les actifs et les étudiants présentent un vieillissement retardé d'environ un an, les chômeurs présentent, pour les hommes, un vieillissement prématuré de 2,7 ans et pour les femmes, un vieillissement prématuré de 1,2 an (cf. graphique 7 et en annexe, tableau 3).

Notons que, comme pour la mortalité, les femmes actives sont en meilleure position que les femmes inactives, y compris celles au foyer, qui accusent un vieillissement prématuré de 0,5 an.

Les différences de morbidité entre groupes sociaux sont plus marquées pour les hommes que pour les femmes, de même que pour la mortalité.

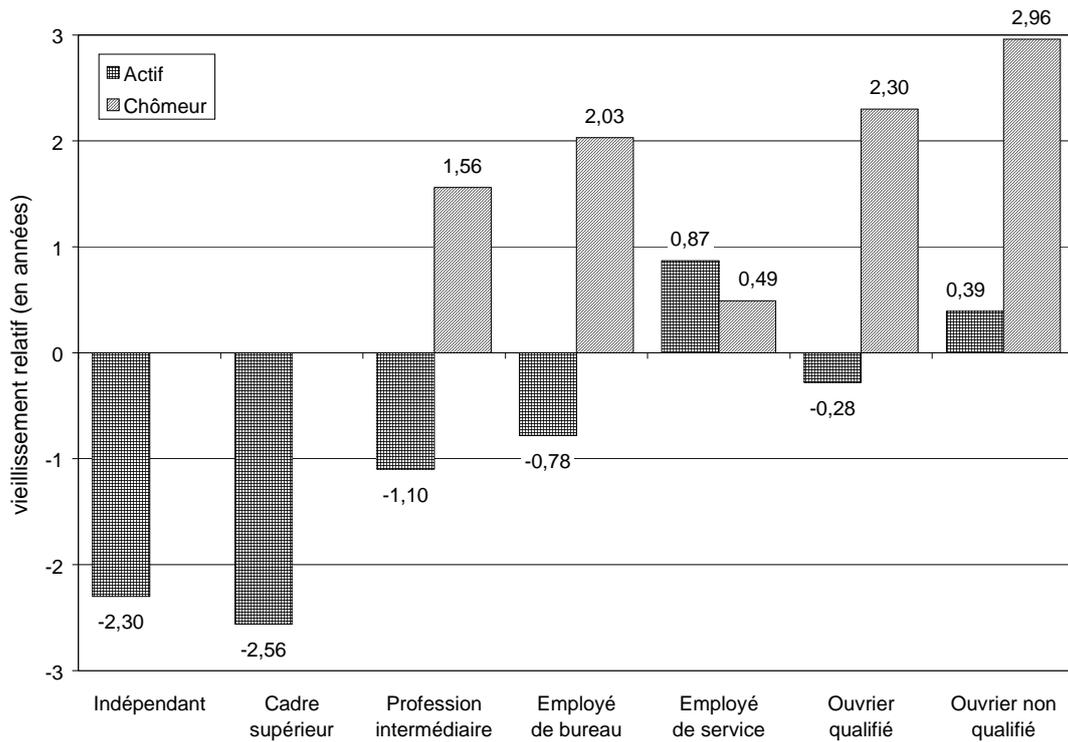
Graphique 7(vieilrel/occupsex)
Vieillissement relatif selon l'occupation principale et le sexe
Personnes de 18 ans et plus
France 1994-95



Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Les effets des facteurs défavorables se cumulent, ainsi, les différences de vieillissement relatif selon la profession sont-elles moins marquées si l'on ne considère que les actifs, les ouvriers non qualifiés accusant alors un vieillissement prématuré de 0,4 an et les cadres supérieurs un vieillissement retardé de 2,6 ans (cf. graphique 8 et en annexe, tableau 4). Cela entraîne donc entre un cadre supérieur actif et un ouvrier non qualifié au chômage une différence de vieillissement de plus de cinq ans, ce qui, compte tenu de la durée potentielle de vie active d'une quarantaine d'années maximum semble considérable.

Graphique 8 (vieilrel/occuppsi)
Vieillissement relatif selon l'occupation
et la catégorie socioprofessionnelle individuelle
Personnes de 18 ans et plus
France 1994-95

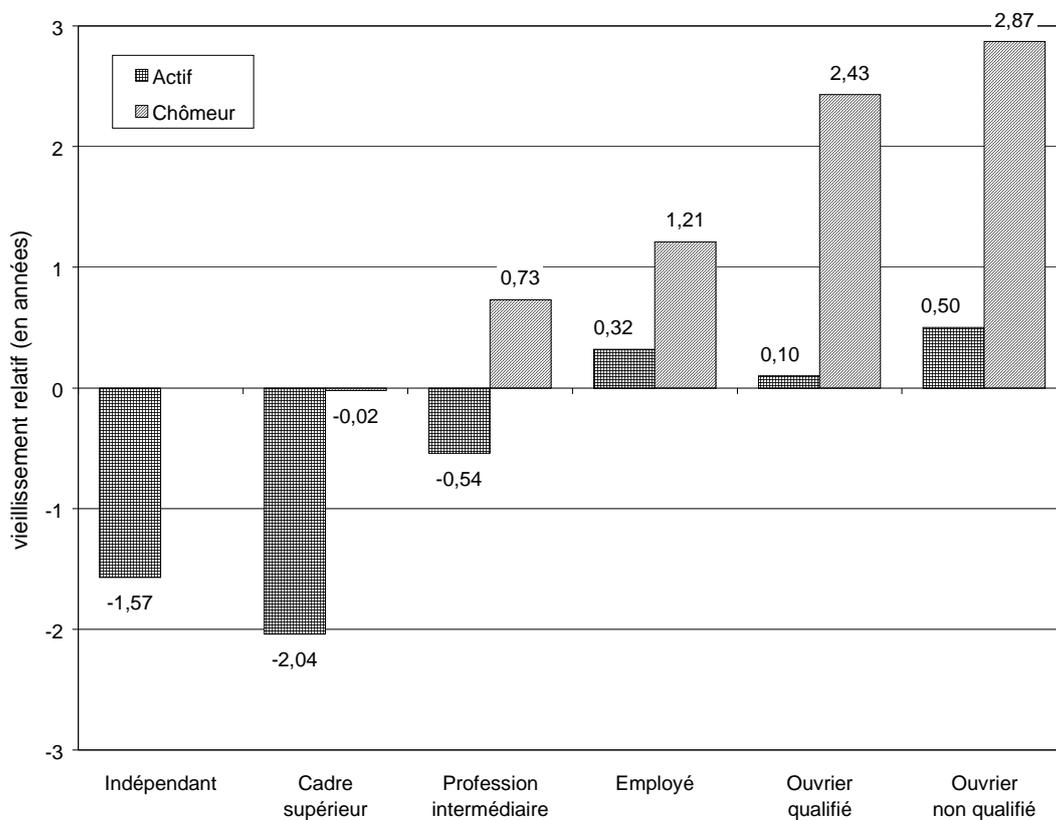


Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Le milieu social

Si nous considérons le milieu social défini simultanément par le statut, la profession ou dernière profession exercée et l'activité de la personne de référence du ménage, le vieillissement relatif des adultes de 18 ans et plus passe d'un vieillissement retardé de deux ans pour les membres des ménages de cadres supérieurs actifs, à un vieillissement prématuré de près de 3 ans pour les membres des ménages d'ouvriers non qualifiés au chômage et de 2,4 ans pour ceux des ménages d'ouvriers qualifiés au chômage (cf. graphique 9 et en annexe, tableau 5).

Graphique 9 (vieilrel/milieu)
**Vieillissement relatif selon le milieu social
et l'activité de la personne de référence du ménage**
Personnes de 18 ans et plus
France 1994-95



Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Un indicateur plus subjectif de l'état de santé

D'autres indicateurs de morbidité sont utilisables pour apprécier le vieillissement, en particulier ceux dits subjectifs, basés sur l'opinion que la personne elle-même a de sa santé. Ainsi, dans l'enquête sur la santé et la protection sociale, nous demandons à chaque enquêté de noter son état de santé de 0 à 10, 10 correspondant à une excellente santé et 0 à une très mauvaise santé. Par la même méthode que pour le vieillissement relatif, nous avons donc estimé, à partir de cette note et de l'âge et du sexe, un vieillissement relatif ressenti (*cf. encadré n°2*). Le vieillissement ressenti est beaucoup plus immédiat à établir que le vieillissement relatif (basé sur l'indicateur de morbidité). Le vieillissement relatif et le vieillissement ressenti varient dans le même sens en fonction des variables socio-économiques (par exemple selon le niveau d'instruction). Par contre, les différences sont moins accentuées sur la morbidité ressentie que sur la morbidité établie par les médecins (vieillissement relatif). Il semble donc que la gravité des états de santé ne soit pas perçue ou connue de la même façon par les différents groupes sociaux.

Encadré n°2

Estimation du vieillissement relatif ressenti
enquête sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Vieillissement ressenti

$$\text{Age} = a * \text{note subjective} + b + u$$

Les ajustements sont faits au niveau individuel, séparément pour les hommes et les femmes. Les coefficients de corrélation sur 7 000 personnes environ sont de l'ordre de 0,7. L'âge est compté en années, le pronostic vital sur une échelle arithmétique de 0 à 5 et l'invalidité sur une échelle arithmétique de 0 à 7.

Paramètres du modèle		Hommes	Femmes
Note subjective	a	-5,999	-6,434
	σa	0,130	0,121
Constante	c	84,77	87,70
	σc	1,13	1,02
Coefficient de corrélation		0,491	0,541
	R2	0,241	0,292
Effectifs observés		6 715	6 894

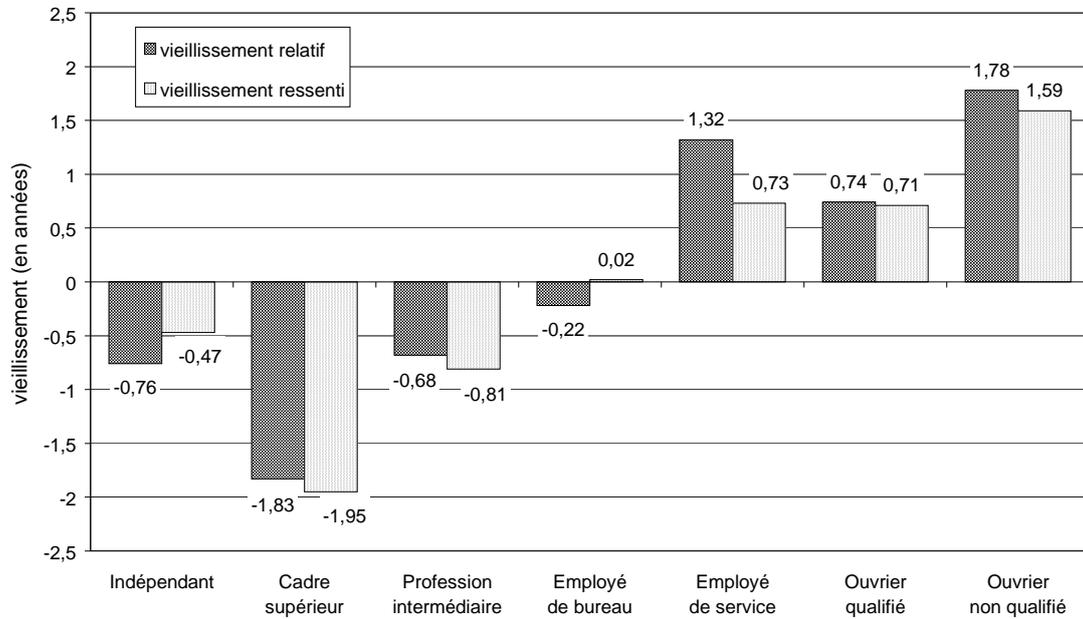
L'âge ressenti et le vieillissement relatif ressenti sont estimés pour chaque personne *i* par
âge ressenti (i) = âge (i) + a * (note subjective (i) - note subjective moyenne pour cet âge)

vieillissement relatif ressenti (i) = âge ressenti (i) - âge (i)

L'âge ressenti et le vieillissement relatif ressenti s'expriment en années.

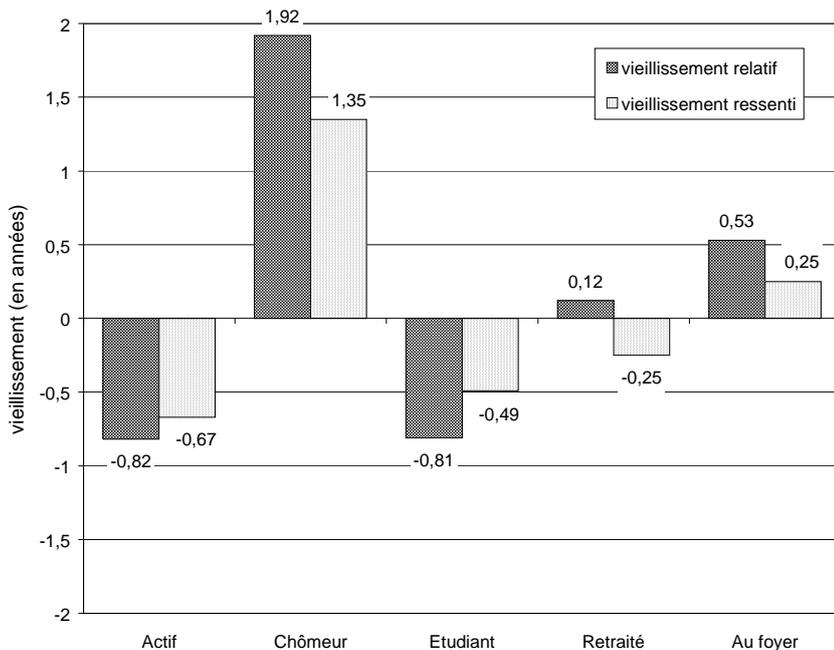
Les cadres supérieurs sont en meilleure santé pour leur âge (vieillessement relatif) que le reste de la population (-1,8 an) et le perçoivent (-1,95 an, vieillissement ressenti), de même pour les ouvriers non qualifiés qui accusant un vieillissement prématuré de 1,8 an le perçoivent à un niveau de 1,6 an (cf. graphique 10 et en annexe, tableau 6).

Graphique 10 (vieilrel/relrescsi)
Vieillessement selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle
 Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95



Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Graphique 11 (vieilrel/relresoccup)
Vieillessement selon l'occupation principale
 Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95



Pour l'activité, critère très déterminant, les écarts de vieillissement ressenti sont nettement moins importants (de + 1,4 an pour les chômeurs à - 0,7 an pour les actifs) que les écarts entre vieillissement relatif (de + 1,9 an à - 0,8 an), (cf. graphique 11 et en annexe, tableau 7).

Source : enquête CREDES sur la santé et la protection sociale 1994-1995

Conclusion

Finalement, il semble qu'on puisse établir une gradation qui, au fur et à mesure de l'amélioration de la précision des indicateurs, augmente les écarts et les inégalités sociales en matière de morbidité :

⇒ le moins précis : note subjective des personnes sur leur état de santé,

⇒ 1^{ère} amélioration : synthèse médicale à partir de l'ensemble des informations fournies par les enquêtés, y compris sur leurs maladies,

⇒ 2^{ème} amélioration : outre les informations fournies par les personnes, estimation de mesures anthropométriques, d'analyses biologiques et d'examen médical.

Tous ces indicateurs concordent dans le même sens d'une plus grande morbidité pour les personnes ayant des professions non qualifiées, au chômage ou à faible niveau d'instruction, les effets négatifs se cumulant en partie : aux inégalités sociales de mortalité connues depuis longtemps, s'ajoutent des inégalités de morbidité pour les vivants qui s'avèrent tout aussi importantes et semblent perdurer. Ces inégalités peuvent être mesurées par une question simple sur la manière dont les enquêtés perçoivent eux-mêmes leur état de santé. Cependant, plus l'observation fait intervenir la connaissance médicale, plus les inégalités sont importantes.

* * *

Bibliographie succincte

- [1] **Calot G., Febvay M.**, La mortalité différentielle suivant le milieu social, période 1955-1960. *Etudes et conjoncture*, n°11, INSEE, 1965/11.
- [2] **Desplanques G.**, Les cadres vivent plus vieux. *INSEE Première*, n°58, 1991/08.
- [3] **Desplanques G.**, L'inégalité sociale devant la mort. INSEE, *Données sociales 1993*, pp. 251-258.
- [4] **Magdelaine M., Mizrahi An, Mizrahi Ar, Rösch G.**, Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale. *Consommation*, 1967, n°2, pp. 1-39.
- [5] **Mizrahi An, Mizrahi An**, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables sociodémographiques - ESPS 1988-1991*. CREDES n°999, 1994/01.
- [6] **Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Santé, soins et protection sociale en 1995*. CREDES n°1162, 1996/11
- [7] **R. Guegen, J. Locuty, J.P. Deschamps**, Etablissement d'un indicateur de vieillissement, in *3rd Int. Conf. On System Science in Health Care*, W. Eimeren, R. Engelbrecht, Ch.D. Flagle, Eds. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1984.

Annexe

Tableau 1
Estimations du vieillissement selon le niveau d'études et le sexe
Personnes de 18 ans et plus

Bilan systématique (1984)

	Hommes	Femmes
Aucun diplôme	2,32	1,70
Etudes primaires	0,88	0,25
CAP	0,18	-0,19
Brevet	-0,04	-0,51
Bac	-0,51	-0,73
Bac + 2	-1,45	-1,60
Université ou grande école	-2,56	-1,48

Source : Bilan systématique Vandoeuvre-les-Nancy, 1984

Enquête auprès des ménages (1994 et 1995)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Vieil. Relatif	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif
Non scolarisé	79	1,45	84	5,61	163	3,68
Etudes primaires	919	1,02	1 237	1,40	2 156	1,24
1 ^{er} cycle	2 080	0,85	1 759	-0,03	3 839	0,46
2 ^{ème} cycle	903	-0,72	1 085	-0,67	1 988	-0,32
Etudes supérieures	1 113	-1,97	1 099	-1,46	2 212	-1,99

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 2
Vieillesse relative selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle et le sexe
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif
Indépendant	347	-0,31	186	-0,95	533	-0,53
Cadre supérieur	711	-1,75	311	-2,09	1 022	-1,86
Profession intermédiaire	1 089	-0,29	892	-1,14	1 981	-0,67
Employé de bureau	364	0,50	1 462	-0,36	1 826	-0,19
Employé de service	141	2,26	836	1,12	977	1,29
Ouvrier qualifié	1 416	0,49	288	1,44	1 704	0,65
Ouvrier non qualifié	489	1,78	487	1,70	976	1,74

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 3
Vieillesse relative selon l'occupation principale et le sexe
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif
Actif	3 316	-0,76	2 674	-0,92	5 990	-0,83
Chômeur	337	2,70	423	1,20	760	1,86
Etudiant	515	-1,01	535	-0,58	1 050	-0,79
Retraité	872	0,18	840	0,11	1 712	0,15
Au foyer	2	-2,31	667	0,51	669	0,50

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 4
Vieillesse relative selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle
et l'activité de la personne de référence
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Actif		Chômeur		Retraité	
	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif
Indépendant	322	-2,30	-	-	168	1,73
Cadre supérieur	753	-2,56	-	-	197	-0,58
Profession intermédiaire	1 408	-1,10	96	1,56	375	-0,39
Employé de bureau	1 202	-0,78	164	2,03	292	-0,62
Employé de service	560	0,87	107	0,49	144	1,00
Ouvrier qualifié	1 155	-0,28	145	2,30	299	0,98
Ouvrier non qualifié	517	0,39	117	2,96	188	0,15

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 5
Vieillesse relative selon le milieu social et l'activité de la personne de référence
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Actif		Chômeur		Retraité	
	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif	Effectif	Vieil. relatif
Indépendant	579	-1,57	-	-	216	0,86
Cadre supérieur	1 301	-2,04	65	-0,02	339	-0,35
Profession intermédiaire	1 799	-0,54	87	0,71	537	0,11
Employé (bureau & service)	906	0,32	102	1,21	338	0,64
Ouvrier qualifié	2 131	0,10	175	2,43	499	0,81
Ouvrier non qualifié	553	0,50	97	2,87	267	1,34

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 6
Viellissement selon la catégorie socioprofessionnelle individuelle
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Effectif	Viellissement relatif	Viellissement ressenti
Indépendant	507	-0,76	-0,47
Cadre supérieur	990	-1,83	-1,95
Profession intermédiaire	1 930	-0,68	-0,81
Employé de bureau	1 776	-0,22	0,02
Employé de service	936	1,32	0,73
Ouvrier qualifié	1 644	0,74	0,71
Ouvrier non qualifié	927	1,78	1,59

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Tableau 7
Viellissement selon l'occupation principale
Personnes de 18 ans et plus
 France 1994-95

	Effectif	Viellissement relatif	Viellissement ressenti
Actif	5 827	-0,82	-0,67
Chômeur	744	1,92	1,35
Etudiant	1 025	-0,81	-0,49
Retraité	1 600	0,12	-0,25
Au foyer	647	0,53	0,25

Source : enquête CREDES SPS 1994-1995

Achévé d'imprimer le 22 mai 1997
SCRIPTA Diffusion, 16 place Adolphe Chérioux
75015 PARIS

Dépôt légal : Mai 1997

LE SERVICE DOCUMENTATION DU CREDES

Achats des publications du CREDES

Sur place ou par courrier :

CREDES
Service Diffusion (7ème étage)
1, rue Paul Cézanne
75008 Paris

Horaires d'ouverture :
Lundi au vendredi : 9 h - 12 h / 14 h - 16 h

Consultation du fonds documentaire

Sur rendez-vous *tél. : 01.53.93.43.00*

Horaires d'ouverture :
Lundi et jeudi : 14 h - 17 h
Mardi et mercredi : 9 h 30 - 12 h 30

Informations sur les travaux du CREDES

Toute personne peut demander à être intégrée dans le fichier des correspondants du CREDES afin d'être régulièrement informée des dernières publications du centre.

tél. : 01.53.93.43.01/02 - fax. : 01.53.93.43.50

INTERNET : E-MAIL & WEB

Vous pouvez communiquer avec le CREDES aux adresses suivantes :

avec le service Diffusion

E-mail : diffusion@credes.fr

avec le service Documentation

E-mail : documentation@credes.fr

avec le service informatique des logiciels Eco-Santé

E-mail : ecosante@credes.fr

www.credes.fr

notre serveur Web

Le CREDES met à votre disposition un serveur sur Internet
Ce service vous permet d'obtenir en direct des informations sur le CREDES :

- Présentation du centre et de l'équipe
- Informations sur les enquêtes du CREDES
- Informations sur les logiciels Eco-Santé
- Consultation des bibliographies chronologiques et thématiques
- Description du fonds documentaire
- Commandes directes de rapports

Disparités sociales de morbidité en France

Pendant longtemps, des indicateurs de mortalité (taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance) ont été utilisés pour apprécier l'état de santé des populations. Depuis une trentaine d'années, les disparités sociales de mortalité selon la profession ou le niveau d'instruction sont fortement marquées et plus accentuées pour les hommes que pour les femmes.

A partir d'indicateurs de pronostic vital et d'invalidité, de l'âge et du sexe, appliqués à des données issues des enquêtes du CREDES sur la santé et la protection sociale de 1995 et 1994, on estime le vieillissement relatif moyen des différents groupes sociaux. Exprimé en années, le vieillissement relatif correspond à un vieillissement en quelque sorte "prématuré" pour certains groupes dont l'état de santé n'est pas très bon pour leur âge, et au contraire, à un vieillissement "retardé" pour d'autres.

Ces indicateurs concordent dans le même sens d'une plus grande morbidité pour les personnes ayant des professions non qualifiées, au chômage ou à faible niveau d'instruction, les effets négatifs se cumulant en partie : aux inégalités sociales de mortalité connues depuis longtemps, s'ajoutent des inégalités de morbidité pour les vivants qui s'avèrent tout aussi importantes et semblent perdurer.

Mots-clé : disparité sociale, état de santé, âge, sexe, PCS, milieu social, indicateur de morbidité, mortalité, risque vital, invalidité, enquête, France, 1994-1995.