

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

La mesure des inégalités sociales face à la santé : les problèmes méthodologiques

Emmanuelle CAMBOIS

INSERM, Montpellier, France

La chute de la mortalité qui s'exerce depuis quelques décennies ne s'applique pas également à l'ensemble des individus, et fait perdurer les inégalités sociales face à la mortalité. Devant la dégradation actuelle de la situation économique qui accentue ces disparités, la lutte contre les inégalités sociales est devenue une priorité politique, en particulier en santé publique. L'OMS-Europe en a ainsi fait le premier de ses buts à atteindre d'ici l'an 2000 : « *les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays devraient être réduites...* » (1).

De nombreux indicateurs de surveillance des inégalités sociales ont été utilisés : les taux de mortalité d'abord, puis plus tard l'espérance de vie, la prévalence de maladies létales ou de maladies dans des domaines où les inégalités sont criantes comme en santé bucco-dentaire. Mais à présent que la mortalité générale dans les pays développés a atteint un taux bas, on s'intéresse à la qualité de ces années de vie épargnées et c'est dorénavant vers l'étude de l'état de santé global des individus que l'on se tourne et non plus seulement vers l'étude de la mortalité. Dans ce contexte, et du fait de l'intérêt croissant porté à ces indicateurs, des calculs d'espérances de vie en santé par classe sociale ont été réalisés dans différents pays et sont en cours de réalisation en France.

L'étude des inégalités sociales s'est développée en même temps que la production de données statistiques adéquates. Pour la France, on trouve dans les revues de littérature historique (2, 3) les premières études sur la mortalité des riches et des pauvres à partir de la fin XVIII^{ème} siècle, avec en particulier celle de Moheau (1778); on perçoit déjà la pertinence de telles études et les obstacles méthodologiques qui limitent leur développement.

Ce travail décrit les problèmes méthodologiques que nous avons rencontrés lors de l'élaboration des calculs d'espérance de santé selon le statut social pour la France et les choix que nous avons effectués. Les solutions sont propres au cas de la France mais les problèmes sont universels.

I. Les problèmes méthodologiques liés à la mesure des inégalités sociales

1- Le choix du critère de répartition

Les inégalités de santé peuvent être étudiées selon différents critères qui permettent de créer des catégories. Ces critères peuvent être la couleur de la peau, la nationalité ou l'appartenance ethnique dans les pays marqués par de telles différences, mais le plus souvent, les différentes catégories sont représentées par des critères socio-économiques. Ces derniers sont actuellement remis en question dans la littérature internationale (4). Les principales critiques portent (i) sur les problèmes de discontinuité dans l'appartenance des individus à un statut au cours du cycle de vie, et (ii) sur les modifications des catégories au cours du temps qui impliquent à la fois des variations dans les effectifs et dans la nature des classes étudiées. Ce dernier point concerne les études d'évolution dans le temps : la comparaison dans le temps doit porter sur des groupes représentant une part constante de la population et un même statut social.

Le niveau de formation (années d'études, diplôme obtenu), le statut professionnel et le niveau de revenu sont les critères les plus fréquemment utilisés pour répartir les individus d'une population en classes sociales. Ce sont ces critères qui soulèvent les problèmes évoqués.

Pour ce qui est du niveau de formation, certes il est acquis de manière quasi définitive à partir d'un certain âge, mais il est assez instable au cours du temps. D'une génération à l'autre, la population des bacheliers par exemple s'est transformée radicalement autant en effectif qu'en représentation sociale : la politique de maintien des enfants dans le cursus scolaire et la difficile entrée dans la vie active sont des facteurs qui ont favorisé une homogénéisation du niveau de formation dans la population et un accroissement du nombre d'années d'études. Ainsi si l'on comparait la santé des bacheliers chez les personnes âgées de plus de 80 ans aujourd'hui et dans 50 ans, on se trouverait en face de deux populations très différentes : la première comprend des individus privilégiés, peu nombreux et la seconde comprendrait des individus de provenance sociale plus variée ayant bénéficié de mesures pour un accès plus large à l'éducation. Le tableau suivant montre que, ne serait-ce que depuis les années 1960, la part d'une génération accédant au niveau baccalauréat a presque triplé, et la part de ceux qui l'obtiennent a plus que triplé.

TABLEAU 1. PART D'UNE GÉNÉRATION ACCÉDANT AU NIVEAU DU BACCALAURÉAT ET OBTENANT LE DIPLÔME

Années	Accès au niveau bac	Obtention du bac
1966	20,6 %	12,8 %
1976	31,1 %	23,9 %
1991	58,3 %	47,5 %

Source : d'après Esquieu (5) Ministère de l'éducation nationale et de la culture DEP.

Cette progression du niveau d'éducation en France profite à l'ensemble des classes sociales mais pas dans les mêmes proportions; on assiste en effet à un rattrapage des classes du bas de l'échelle sociale qui connaissent une évolution plus rapide.

Du fait de l'évolution rapide que l'on peut observer, le critère de l'éducation limite donc les possibilités de comparaison dans le temps.

Pour ce qui est des critères liés à l'emploi-revenu, la catégorie socioprofessionnelle; on se trouve confronté aux différentes difficultés évoquées : manque de stabilité de la représentation sociale du statut au cours du temps et dans ses effectifs, changement de statut des individus dans leur cycle de vie.

Tout d'abord, le revenu n'est pas forcément représentatif du statut social. Il existe des différences de revenus au sein d'une même catégorie qui rassemble pourtant des individus de même statut social. Aussi, les revenus sont très liés à l'âge et se modifient au cours du cycle de vie. Les revenus de jeunes adultes en début de carrière, entrant après une formation supérieure longue, peuvent être du même ordre de grandeur que ceux de jeunes adultes entrés dans la vie active depuis plusieurs années : pour les premiers, il y a une évolution attendue au cours de la vie active et pour les seconds, la progression sera faible. De même, lorsque l'on considère les retraités, un nivellement des revenus entraîne un regroupement d'individus de classes sociales variées.

On privilégiera alors la catégorie socioprofessionnelle comme critère garant d'une continuité dans le temps de la représentation sociale : même si les professions évoluent, le statut qu'elles procurent est assez stable. On s'appuie souvent sur la profession d'instituteur pour infirmer cet argument; quelques décennies auparavant les instituteurs occupaient une place privilégiée au sein de la population et semblent avoir été « déclassés » de nos jours. Mais on peut expliquer ce qui est interprété comme un déclin par le développement d'une

classe sociale plus élevée préexistante : elle regroupe des professions requérant des connaissances correspondant aux progrès technologiques et occupées par un nombre croissant d'individus qui prolongent leurs études. Socialement, les instituteurs n'ont pas perdu la place « noble » qu'ils occupaient du fait de la vocation de leur profession et de la culture qui lui est associée mais un plus grand nombre d'individus ont eu accès à des professions en expansion, de catégorie sociale plus élevée, dans des domaines tels que la médecine, la recherche ou les « affaires ».

TABLEAU 2. ÉVOLUTION DES ÉCARTS SOCIAUX DANS LE CURSUS SCOLAIRE

Proportion d'élèves...	Élèves entrés en 6ème en 1980		Élèves entrés en 6ème en 1989	
	Enfants de cadres ou enseignants	Enfants d'ouvriers	Enfants de cadres ou enseignants	Enfants d'ouvriers
Ayant effectué un 1er cycle complet	96 %	58 %	99 %	91 %
Ayant effectué un 1er cycle sans redoubler	70 %	31 %	80 %	53 %
Parvenus en 2nde sans redoubler	68 %	20 %	77 %	32 %

Source : d'après Coëffic (6) Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

C'est en fait d'abord sur ce changement structurel du paysage professionnel que les critiques à l'encontre de l'utilisation des catégories socioprofessionnelles peuvent être émises. En effet, le développement en terme d'effectifs des catégories sociales élevées, qui s'est accompagné du développement de catégories intermédiaires (employés...), s'est effectué au « détriment » de classes sociales très défavorisées.

Ces modifications ont diverses origines. Elles sont dues aux progrès technologiques et à une plus large scolarisation des enfants, mais aussi à l'histoire du marché du travail : l'avènement du salariat et de la protection sociale qui l'accompagne ont permis d'humaniser un peu plus des conditions de travail inacceptables.

Dans une étude récente sur l'évolution sociale de la population active (7), Seys indique que la catégorie des ouvriers a perdu la plupart de ses effectifs issus du taylorisme et dont les conditions de travail ont été dénoncées énergiquement en 1974 lors de manifestations ouvrières. Il explique ensuite que les cadres ont connu une forte croissance de leurs effectifs (ingénieurs en électronique, informatique et techniques commerciales, professeurs, médecins salariés). Il souligne aussi que le niveau de diplôme des professions intermédiaires s'est accru.

Au cours du temps, donc, la population active a vu ses effectifs de très défavorisés se réduire au profit de classes moyennes et a vu émerger un plus grand nombre de très favorisés : ainsi, si on compare les écarts entre les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées et les plus défavorisées d'hier et d'aujourd'hui, on pourra conclure à une dégradation de la situation mais cette dégradation concerne un nombre décroissant d'individus. Il est intéressant de noter les écarts extrêmes dans une population entre les plus défavorisés et les moins défavorisés mais les comparaisons dans le temps sont délicates.

Le même problème se pose pour les comparaisons entre pays. Une étude récente permet de mettre en évidence ce problème (8) : les auteurs étudient les écarts de mortalité, selon le niveau d'éducation, dans différents pays; ils comparent les résultats d'un pays à l'autre, soulignant les écarts les plus importants en France et les plus faibles en Suède. Or, en France, les plus scolarisés

(18 années d'études en moyenne) sont représentés par 7,6 % des hommes enquêtés, les moins scolarisés (7 années d'école en moyenne) par 31,6 % des hommes enquêtés. Les plus scolarisés suédois (14 années d'étude en moyenne) et les moins scolarisés (8 années d'école en moyenne) représentent respectivement 9,5 % et 84,2 % des hommes de l'enquête.

TABLEAU 3. ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES HOMMES DANS LES CATÉGORIES SOCIALES ENTRE 1975 ET 1991 ET VARIATION DE LA PART DE CES EFFECTIFS DANS LA POPULATION ACTIVE TOTALE

Catégorie socioprofessionnelles	1975	1991	Variation
Agriculteurs exploitants	1 691	1 125	- 3,03 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 767	1 818	- 0,50 %
Cadres sup. et prof libérales	1 552	2 648	3,92 %
Prof intermédiaires	3 480	4 691	3,62 %
Employés	5 362	6 674	3,28 %
Ouvriers	8 118	7 146	- 7,30 %
Population active	21 970	24 102	

Sources : 1975 : Seys (7) ; 1991 : Enquête emploi 1991

L'étude montre que les écarts de mortalité sont entre 2 et 4 fois supérieurs en France mais la comparaison porte sur des groupes qui ne sont pas homogènes. L'enquête suédoise « ratisse », dans le niveau d'éducation le plus faible, une proportion presque trois fois plus grande d'individus que l'enquête française : le niveau de mortalité est certainement soumis à une large dispersion, et ne représente pas le niveau d'un groupe social équivalent au groupe français.

Comment éviter ce travers, qui s'applique d'ailleurs à la plupart des critères utilisés ? Il est fortement recommandé de comparer des proportions semblables de la population de période en période. Il faut ainsi faire des regroupements d'une proportion stable des individus les plus favorisés et des individus les moins favorisés, classés selon le critère choisi : on trouve par exemple souvent des études basées sur les 20 % les plus riches et les 20 % les plus pauvres. Il faut encore pour cela que le critère choisi permette d'effectuer de tels regroupements, ce qui est délicat lorsque le critère forme des catégories discrètes (tranches de revenus, diplômes...). Comme nous allons le voir, les effectifs des catégories socioprofessionnelles françaises sont tels que l'on peut créer des groupes représentant des proportions stables de la population active.

Mais le problème des catégories socioprofessionnelles réside surtout dans les modifications de statut d'un individu au cours de sa vie professionnelle. D'une part, ces changements peuvent être le fait d'une déclaration de la profession occupée différente au moment du recensement (déclaration du sujet) et au moment du décès (déclaration d'un tiers) : en effet les données utilisées proviennent en général du recensement, puis du dépouillement des actes de décès et la concordance entre ces deux documents n'est pas évidente - les répondants ne sont pas les mêmes, la distance dans le temps peut jouer, la personne peut avoir plusieurs professions ou avoir mal défini sa propre profession...-.

TABLEAU 4. PROPORTION DE LA POPULATION DANS LES NIVEAUX D'ÉDUCATION EN FRANCE ET EN SUÈDE.

Niveau d'étude...	En France (1975)		En Suède (1971)	
	élevé (18 ans)	bas (7 ans)	élevé (14 ans)	bas (8 ans)
% de la population masculine	7,6 %	31,6 %	9,5 %	84,2 %

Source : Cambois d'après Kunst et al. (8)

D'autre part un individu peut changer de classe sociale à plusieurs reprises au cours de sa vie, rendant difficile l'explication de son état du moment par les caractéristiques de la classe occupée. A part dans le cas où la profession occupée nuit directement à la santé, c'est davantage le statut social et la culture correspondant à la profession occupée que la profession elle-même, qui détermine l'état de santé à travers les habitudes de vie et le comportement face à la santé. Dans sa revue de littérature de 1949, Daric présente, à côté des différentiels de mortalité par profession calculés en Grande Bretagne, les différentiels de mortalité des femmes mariées réparties selon la profession de leur conjoint : le classement des femmes selon la mortalité est identique à celui de leur mari, démontrant l'influence majeure du statut social et du comportement face à la santé dans les inégalités de santé.

Un changement de profession, de branche, voire de catégorie socioprofessionnelle au cours du cycle de vie, qu'il soit vers un statut plus favorisé ou au contraire moins favorisé, peut modifier le comportement des individus face à leur santé : sans transformer radicalement les habitudes de vie liées à l'éducation (hygiène, alimentation), des variables psychiques et matérielles telles que la satisfaction, l'insatisfaction ou le stress entraînés par le changement et les conséquences de ce changement (variation de revenu, nouvelles conditions de logement, de travail...), peuvent être bénéfiques ou néfastes à l'état de santé d'un individu. Cependant, une dégradation de la situation d'un individu peut avoir des conséquences plus importantes qu'une amélioration, étant donné qu'en matière de santé, il est plus facile de prendre de mauvaises habitudes que de les perdre (alcool, tabac, abus de psychotropes).

Ainsi, les individus qui changent de statut social modifient certainement leur comportement face à la santé mais sans que l'on puisse évaluer la part que prennent ces composantes psychiques et matérielles dans le niveau de mortalité, par rapport à la part prise par les composantes stables liées à l'éducation.

On peut toutefois évaluer la fréquence de changements radicaux de classe sociale, susceptibles de modifier le niveau de mortalité. Une enquête française sur la mobilité professionnelle indique qu'entre 1980 et 1985, 25 % des travailleurs ont changé d'employeur, 8 % ont changé d'employeur et de branche d'activité et 13 % ont changé de catégorie socioprofessionnelle. Dans notre étude, seul le changement de catégorie socioprofessionnelle nous importe; on peut supposer que sur ce pourcentage, la plus grande partie concerne de petits changements et seul des cas isolés sont des changements radicaux d'ouvriers à cadres supérieurs, ou l'inverse.

Ainsi, en comparant seulement les classes sociales extrêmes ou bien en regroupant les catégories proches, entre lesquelles des mouvements sont les plus fréquents, on limite la possibilité d'interprétation biaisée. L'observation à un instant précis, celui de l'enquête, présente une moyenne de l'état de santé de la catégorie socioprofessionnelle considérée, constituée d'individus qui conserveront leur statut social tout au long de leur vie et d'individus provenant d'un autre statut avec un comportement face à la santé un peu plus ou un peu moins « risqué » que celui des individus précédents.

Un autre problème relatif aux différents critères de répartition de la population tient à la structure par âges des catégories créées. Comme on sait que la santé, et en particulier l'incapacité, est fortement corrélée avec l'âge, il est primordial de tenir compte de cet effet d'âge dans l'interprétation des chiffres obtenus. Le critère des revenus, particulièrement sensible à l'âge comme on l'a vu, est le premier visé mais les catégories socioprofessionnelles le sont aussi. En effet, certaines catégories, comme celle des agriculteurs exploitants, sont composées d'une proportion importante de personnes relativement âgées : la prévalence de la mauvaise santé pour l'ensemble de cette catégorie sera plus importante que celle d'une catégorie plus jeune, dans le secteur tertiaire par exemple. Il est donc nécessaire d'accompagner l'étude des inégalités sociales en matière de

santé de commentaires sur la structure par âges des sous-populations considérées. Le calcul d'espérances de vie sans incapacité est basé sur des données de prévalence par groupes d'âges et répond ainsi à ce problème.

Notons que toutes ces remarques portent sur la nature même de ces critères, mais un des déterminants les plus influents tient à la disponibilité des données. Le plus sophistiqué des critères n'a pas grande valeur s'il n'est que théorique. Il s'agit donc d'utiliser ce qui est utilisable en minimisant les sources d'erreurs.

2- Le choix de l'incapacité comme indicateur de l'état de santé

L'enquête sur la Santé et les Soins Médicaux comprend une question générale sur l'incapacité concernant les gênes et difficultés dans la vie quotidienne. Le critère de l'incapacité est d'autant plus adapté à l'étude des inégalités sociales que, par essence, il intègre une dimension sociale. L'OMS définit en effet l'incapacité dans un modèle décrivant les conséquences d'une maladie sur l'état fonctionnel des individus dans leur environnement quotidien : l'incapacité est un des niveaux de ce modèle correspondant aux difficultés à réaliser des activités de la vie de tous les jours (9).

Dans l'étude des inégalités sociales, l'incapacité est une manière de mettre en évidence l'aptitude que peuvent avoir les plus favorisés pour pallier leurs déficiences grâce à des aides qui permettent aux individus déficients de limiter leurs incapacités et de s'intégrer dans la société; ces aides peuvent aller de l'appareillage pour les déficiences physiques par exemple, au soutien actif d'un entourage familial ou social. Des tests de dépistage de troubles cognitifs, par exemple, ont montré des différences importantes selon le niveau d'éducation : un vocabulaire plus riche ou une plus grande rapidité dans les raisonnements, développés par niveau d'éducation supérieur, permettent de minimiser les conséquences de déficiences cognitives (10).

Aborder les inégalités sociales par les problèmes d'incapacité, permet aussi d'appréhender l'état de santé des individus de manière indirecte et d'éviter les biais encourus par les déclarations de symptômes ou par la santé perçue. On s'informe sur une dimension concrète de la qualité de vie, que les individus évoquent ou non des signes cliniques précis.

Les graphiques suivants représentent plusieurs façons d'appréhender l'état de santé de la population répartie en groupes plus ou moins défavorisés : à partir des incapacités et à partir de maladies chroniques n'entraînant aucune incapacité (Graphique 1).

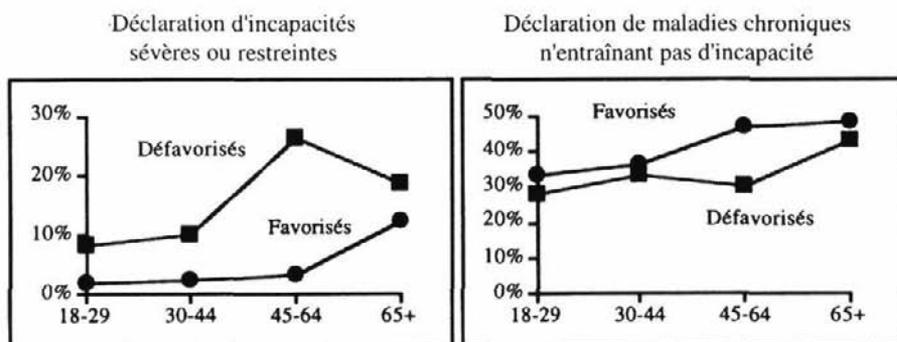
Le questionnaire de l'enquête santé qui a donné ces résultats s'appuie sur la déclaration des enquêtés, le degré de « défavorisation » est établi selon le double critère « revenu, années d'études ».

Ces graphiques montrent tout d'abord des allures particulières : quel que soit le critère de santé mesuré, il y a un effet d'âge important avec de grandes disparités aux âges adultes, très atténuées aux âges extrêmes. C'est la conséquence du choix des revenus comme critère de défavorisation, comme nous l'avons décrit en première partie.

Notons qu'il existe quand même un effet d'âge dans les inégalités sociales. On peut considérer que les inégalités sociales en matière de santé touchent moins fortement l'ensemble des enfants et des jeunes : tout d'abord, parce que la prévalence de l'incapacité et des maladies chroniques est plus faible pour ces âges; aussi du fait de la surveillance obligatoire de l'état de santé des enfants tout au long de leur scolarité; enfin parce que les parents ont peut être une vigilance plus importante pour la santé de leurs enfants que pour la leur. Pour ce qui est des risques spécifiquement associés aux âges jeunes liés le plus souvent à des traumatismes extérieurs (type accidents...), on peut supposer qu'ils causent moins d'inégalités entre les classes sociales que ne le font les risques multiples associés aux âges

adultes. Enfin, certains comportements néfastes, tels que le tabagisme, ont des effets « à retardement » et n'ont de conséquences sur la santé que tardivement : les répercussions ne seront perceptibles qu'aux âges adultes. L'ensemble de ces éléments fait qu'il y a une uniformisation de l'état de santé entre les différentes classes sociales aux âges jeunes.

GRAPHIQUE 1: MESURE DE LA SANTÉ D'UNE POPULATION PAR DÉCLARATION SELON DIFFÉRENTS CRITÈRES DE SANTÉ, POPULATIONS MASCULINES QUÉBÉCOISES DES PLUS FAVORISÉS ET DES PLUS DÉFAVORISÉS (ENQUÊTE SANTÉ 1987)



Source: d'après MSSS. Et la santé ça va ? : les personnes défavorisées. Les publications du Québec, 1989

Aux âges élevés, c'est effectivement un nivellement des revenus et un effet de sélection des individus les plus résistants, mais c'est également l'image qu'a la population de « ses personnes âgées » qui peuvent aboutir à une diminution des disparités en fonction des classes sociales. Il n'y a pas de catégorisation des personnes âgées dans l'esprit des plus jeunes; l'amalgame est souvent fait par « tradition » parce que le troisième âge ou la retraite ont été pendant longtemps assimilés à une période de dégradation de l'état de santé, de perte d'indépendance et d'autonomie, en bref à une période durant laquelle les individus, quel que soit leur statut, sont diminués; il est vrai que, même si les catégories les plus favorisées ont davantage de moyens financiers, sociaux et personnels pour pallier des déficiences et limiter la survenue d'incapacités, la prévalence de l'incapacité atteint lourdement les personnes âgées globalement. Cependant, cet amalgame est de moins en moins justifié avec l'accroissement de l'espérance de vie qui s'accompagne d'un accroissement dans les mêmes proportions de l'espérance de vie sans incapacité sévère, en France et dorénavant dans quelques autres pays. Les personnes âgées revendiquent une reconnaissance autre que celle, uniforme, dont ils bénéficient : ils souhaitent que l'inactivité de la retraite ne soit pas synonyme d'incapacité. La bonne santé prolongée aux âges élevés fait apparaître des inégalités aussi à ces âges.

Mais ces graphiques montrent surtout que les résultats sont différents selon le critère de santé choisi. Le premier graphique est basé sur la déclaration d'incapacités sévères ou restreintes; cette dernière est supérieure chez les personnes les plus défavorisées indiquant un état de santé dégradé. Le second graphique, renseignant sur les maladies chroniques qui n'entraînent pas d'incapacité (parce qu'elles ne sont pas de nature incapacitante ou parce qu'elles sont à un stade précoce), montre au contraire une plus grande déclaration chez les personnes les plus favorisées. Alors que les plus défavorisés déclarent davantage d'états objectifs d'incapacité que les plus favorisés, ils déclarent moins de maladies chroniques qui n'ont pas de conséquences dans la vie quotidienne. Autrement dit, il semble que les plus défavorisés sous-déclarent des problèmes de santé peu perceptibles.

Le second de ces deux graphiques révèle donc certainement la meilleure connaissance qu'ont les personnes les plus favorisées de leur état de santé, et non pas une santé plus fragile. Du fait d'une plus grande vigilance face à leur santé (impact plus important des campagnes de prévention, accès aux soins plus fréquent, bilans de santé réguliers), ils décèlent, mais aussi traitent, plus tôt et plus systématiquement des maladies chroniques qui passent inaperçues pour les plus défavorisés. La mauvaise santé se révèle au contraire tardivement auprès des plus défavorisés lorsque les états sont sévères et avancés et qu'ils sont « objectifs » sous la forme d'incapacités.

Ainsi les plus défavorisés, moins informés, sous-déclarent la maladie montrant peu de signes extérieurs soit parce qu'ils ne la décèlent pas soit parce qu'ils en sous-estiment le développement. Ils déclarent par contre les incapacités qu'ils ont en plus grand nombre que les plus favorisés. Ces derniers d'une part évitent la progression des maladies qu'ils décèlent et d'autre part sont plus aptes à limiter le passage de la déficience à l'incapacité grâce à des aides mieux adaptées.

Les incapacités sont perceptibles et peuvent donc être déclarées par tous; mais les données basées sur la déclaration des maladies qu'elles aient ou non des conséquences perceptibles, sous-estiment le nombre de cas de mauvaise santé chez les plus défavorisés. En conséquence, pour l'étude des inégalités et en disposant d'enquêtes reposant sur la déclaration (enquêtes par interview), il semble préférable d'utiliser les données d'incapacités.

3- La significativité de la prévalence par groupe d'âges

Le calcul des espérances de vie sans incapacité par catégorie socioprofessionnelle nécessite d'éclater la population active en catégories socioprofessionnelles, statuts de santé (avec et sans incapacité) et groupes d'âges.

Par exemple, les données françaises sont tirées de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-92; enquête basée sur un échantillon représentatif de l'ensemble des ménages français et non pas d'une sous-population spécifique. Ainsi, la population ayant déclaré une incapacité qui ne constitue qu'une faible part de la population des ménages est représentée dans l'échantillon par des effectifs réduits. Les découpages en catégories socioprofessionnelles et groupes d'âges que l'on exécute au sein de cette sous-population aboutissent à des effectifs d'échantillon très petits, ce qui limite considérablement la significativité des résultats : des regroupements sont nécessaires.

Le regroupement de plusieurs catégories proches en terme de statut social ainsi que de plusieurs classes d'âges diminue la précision : il est clair qu'en matière d'incapacité, ne pas distinguer les personnes âgées au delà de 60 ans, par exemple, fait perdre de l'information étant donné les différences de prévalence par âge avant et après 75 ans. Cependant cette perte de précision est compensée par un indispensable gain dans la significativité des résultats.

II. Les données françaises

1- Les choix méthodologiques

Critère de répartition et indicateur de santé : Pour cette étude, ce sont donc les catégories socioprofessionnelles qui seront utilisées pour répartir la population active française, puisque ce critère satisfait des exigences essentielles à ce genre d'étude : une représentation constante dans le temps d'un statut social, peu d'influence sur l'état de santé en cas de changements mineurs au cours de la vie professionnelle et, dans le cas de la

France, comme on va le montrer, une stabilité de la part de la population que ces catégories représentent.

Le calcul des espérances de vie en santé s'appuie sur une question sur les gênes et difficultés dans la vie quotidienne, incluse dans le questionnaire de l'enquête sur la Santé et les Soins Médicaux de 1991, fournissant ainsi la prévalence de l'incapacité, dans un sens large, selon la catégorie socioprofessionnelle.

Mais alors qu'il est encore assez aisé d'obtenir des données à la fois sur la santé et sur différents critères sociaux (niveau d'études, revenu, catégorie socioprofessionnelle), il est beaucoup plus difficile d'obtenir des données sur la mortalité selon ces mêmes critères, données indispensables pour calculer des espérances de vie en santé. En France, les travaux de Guy Desplanques, qui utilisent des données de recensement, d'études longitudinales sur la mortalité et de statistiques de décès, fournissent des tables de survie par catégorie socioprofessionnelle (nomenclature de 1975 (11)).

Le classement par catégorie socioprofessionnelle de la nomenclature de 1975, permet de regrouper les individus de manière homogène en terme de statut socioculturel; par contre, les proportions de la population active représentées par les catégories isolées ne sont pas stables dans le temps. Pour permettre les comparaisons dans le temps, nous avons procédé à des regroupements de catégories, à partir des chiffres des enquêtes emploi de 1982 et 1991. Partant de ces chiffres, de l'échelle sociale établie par ces catégories et de la prévalence de l'incapacité nous avons regroupé les catégories suivantes : 1) Cadres supérieurs, professions libérales, et professions intermédiaires ; 2) Agriculteurs exploitants et artisans, commerçants, chefs d'entreprise, et employés ; 3) Ouvriers. Ces catégories rassemblent les actifs (occupés ou chômeurs), dans les proportions présentées dans le tableau 5.

TABLEAU 5. PART DES EFFECTIFS DES CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES
DANS LA POPULATION ACTIVE MASCULINE, EN FRANCE EN 1982 ET EN 1991

	1982	1991
Cadres (supérieurs, professions libérales et prof interm.)	0,29	0,33
Artisans..., agriculteurs (exploitants), employés	0,28	0,25
Ouvriers (dont ouvriers agricoles)	0,43	0,41

Source: Enquêtes Emploi 1982-1983; 1990-1991

On estime que le critère des catégories socioprofessionnelles et les regroupements effectués satisfont à la condition de stabilité qui permettra éventuellement d'effectuer des comparaisons dans le temps.

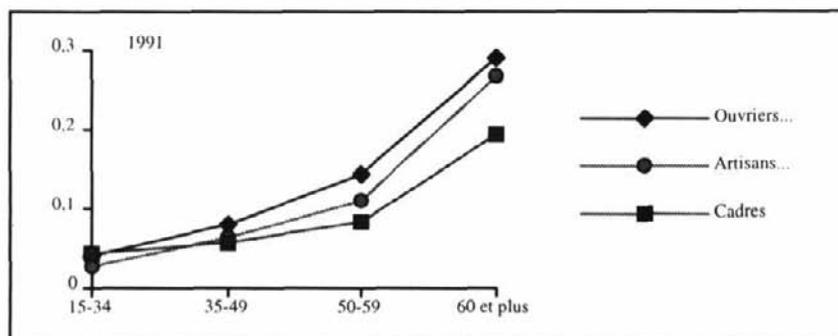
Significativité des données : En ce qui concerne la significativité des résultats, étant donné les caractéristiques de l'enquête utilisée, les regroupements de catégories socioprofessionnelles nous ont permis d'obtenir d'abord des classes représentant des proportions stables dans le temps de la population active mais nous permettent aussi de rendre les effectifs de l'enquête plus importants. En rassemblant plusieurs groupes d'âges, on grossit encore les effectifs et on améliore la qualité des données. Nous avons donc considéré trois groupes de catégories socioprofessionnelles présentées ci-dessus pour quatre groupes d'âges : les âges jeunes (15 à 34 ans), les âges moyens (35 à 49 ans), les derniers âges de l'activité (50 à 59 ans), les âges élevés (60 ans et plus).

On aboutit en fin de compte à des groupes sociaux par tranche d'âges pour lesquels les effectifs d'enquêtes sont satisfaisants. On estime à partir de ces chiffres la prévalence de l'incapacité par tranche d'âges (gêne ou difficulté dans la vie quotidienne) pour chacun des groupes considérés.

2- La prévalence de l'incapacité par catégorie socioprofessionnelle en France

Aux âges jeunes, les prévalences de l'incapacité de ces trois groupes sont assez similaires. Les disparités s'accroissent avec l'âge mais contrairement aux données québécoises, jusque dans les derniers âges de la vie. Les plus favorisés, du point de vue du statut social, semblent être moins protégés aux âges jeunes de l'activité que la classe intermédiaire. Les ouvriers ont par contre une prévalence de l'incapacité par âge très supérieure à celle des autres classes.

GRAPHIQUE 2 : PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ (SENS LARGE), PAR CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE ET PAR ÂGE, SEXE MASCULIN, FRANCE 1991



Basés sur la nomenclature de 1975

Notons enfin que les données recueillies par l'enquête sur la santé et les soins médicaux font référence aux catégories socioprofessionnelles occupées ou anciennement occupées : ce qui signifie que ces données comprennent des actifs occupés, ainsi que des chômeurs et des inactifs ayant déjà travaillé.

Les chômeurs sont généralement dans un état de santé dégradé par rapport aux actifs occupés. Les taux de chômage sont particulièrement élevés pour les ouvriers. Compte tenu des regroupements que nous avons effectués pour cette étude, les taux de chômage moyens de ces groupes sont plus favorables aux cadres, et très défavorables aux ouvriers. De plus, on peut supposer que l'inactivité - hormis la retraite - a un impact négatif sur la santé lorsqu'elle est involontaire, et que la probabilité d'une telle « mise à pied » est inférieure pour les cadres. Ainsi, les taux de chômage ou d'inactivité, comme des conditions de travail pénibles, contribuent à défavoriser les classes sociales en difficulté : ce sont des variables caractéristiques des catégories qui reflètent les conditions de vie associées à ces catégories. Les données de prévalence de l'incapacité obtenues ici incluent ces taux et accentuent les inégalités de santé. Les disparités calculées pour les actifs occupés seuls auraient été moins importantes.

Conclusion

Grâce aux tables de mortalité par catégorie socioprofessionnelle établies par G. Desplanques et après regroupements, on peut combiner les informations sur la mortalité et l'incapacité et obtenir des espérances de vie sans incapacité selon le statut social.

Les limites méthodologiques, loin d'être évitées, sont contournées. Il ne faut certes pas les négliger au moment de l'interprétation des indicateurs obtenus mais elles ne justifient pas, à mon sens, qu'on se passe de ce type d'information.

Rappelons que les espérances de vie en santé sont des indicateurs et non pas des mesures et que, quelle que soit la qualité que l'on peut atteindre, le but n'est que de fournir

des indications sur les différentes dimensions du niveau de santé prévalant au moment de l'enquête et d'en suivre l'évolution. Dans cette optique, il faut accepter la nature « approximative » de ces indicateurs et se donner les moyens de créer les séries chronologiques qui les rendront pertinents. Lorsqu'on constate à quel point le besoin d'indicateurs appropriés, complétant l'information apportée par les espérances de vie, se fait sentir dans l'étude des inégalités sociales depuis qu'on les explore, ces nouveaux indicateurs, malgré les obstacles méthodologiques, ne peuvent que susciter un vif intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Santé pour tous, 2000 : WHA résolution 30.43
- (2) DARIC J., 1949. « Mortalité, profession et situation sociale ». *Population*, 1949, n°4, pp. 671-694.
- (3) VEDRENNE-VILLENEUVE E., 1961. « L'inégalité sociale devant la mort dans la première moitié du XIX siècle ». *Population*, 1961, n°4, pp. 665-698.
- (4) CARR HILL R., 1990. « The measurement of inequalities in health : lessons from the British experience ». *Soc Sci Med.*; 31(3), pp. 393-404.
- (5) ESQUIEU P., 1993. « La vague lycéenne : un défi pour les années quatre-vingt-dix ». In : *La société française : données sociales 1993*, Paris, INSEE(ed), 698 p.
- (6) COEFFIC N., 1996. « Amélioration des carrières scolaires ». In : *La société française : données sociales 1996*. Paris, INSEE(ed).
- (7) SEYS B., 1996. « L'évolution sociale de la population active ». *INSEE Première 1996 (3)* 434.
- (8) KUNST AE, MACKENBACH JP., 1994. « The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries ». *American Journal of Public Health* 1994; 84(6), pp. 932-937.
- (9) Organisation Mondiale de la Santé, CTNERHI - INSERM (1988) Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. CTNERHI - INSERM, (réimpression de 1993)
- (10) RITCHIE K, LEIBOVICI D.
- (11) DESPLANQUES G., 1993. « L'inégalité sociale devant la mort » in : *La société française : données sociales 1993*. Paris, INSEE (ed), 698 p.