

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

Quels sont les facteurs qui influencent la déclaration des maladies ?

Catherine SERMET
CREDES, Paris, France

La mesure de la morbidité d'une population se heurte à deux difficultés majeures (Sermet, 1994). La première est le concept même de maladie, du normal et du pathologique. Autrement dit, où commence la maladie et où finit la normalité ? Le lieu, l'époque, l'âge, la culture sont en effet autant de facteurs qui déterminent les conceptions qu'un individu ou une société peuvent avoir de la maladie.

La seconde difficulté réside dans la définition du champ étudié : ainsi la connaissance de la morbidité réelle relève-t-elle de l'utopie (figure 1). La morbidité déclarée n'est en effet qu'une vue partielle de la pathologie de l'individu puisqu'elle est soumise aux oublis volontaires ou involontaires de ceux qui la déclarent. Quant à la morbidité diagnostiquée, elle nécessite un contact avec un médecin et ne couvre que la pathologie ayant entraîné un recours aux soins, ou révélée lors d'un examen médical.

L'objectif de cette communication est de déterminer le rôle et la place des facteurs qui conditionnent la déclaration des maladies. Dans ce cadre, on s'attachera plus particulièrement à définir la nature des maladies qui sont sous déclarées et à caractériser les individus qui omettent le plus de signaler des affections.

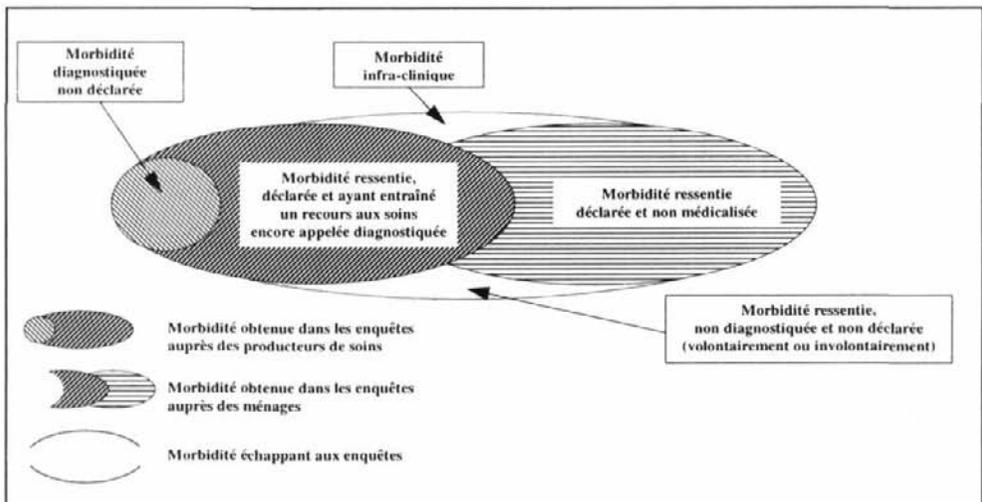


FIGURE 1. LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA MORBIDITÉ RÉELLE

1. Matériel et méthodes

Depuis 1960, les enquêtes décennales sur la Santé et les Soins Médicaux permettent de réaliser une description complète de la morbidité déclarée de la population (Magdelaine, 1963; Lecomte, 1978; Lecomte, 1984; Sermet, 1994).

Les données utilisées pour ce travail sont celles de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux, réalisée en 1991-1992 par l'INSEE en collaboration avec le CREDES. Cette enquête porte sur un échantillon de 8000 ménages « ordinaires » résidant en France métropolitaine, soit 20417 personnes (Sermet, 1993). Les données de l'enquête réalisée en 1980-1981 et qui comporte 7000 ménages et 21007 individus sont utilisées pour étudier les évolutions. Chaque ménage est enquêté pendant une durée totale de 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur.

1.1 Le recueil de la morbidité

Le recueil de la morbidité dans ces enquêtes se fait en plusieurs étapes. Dès la visite initiale, une liste de maladies ou de troubles de santé est présentée à l'enquêté. Cette liste, non exhaustive, passe en revue les pathologies les plus fréquentes et balaye l'ensemble des régions anatomiques susceptibles d'être atteintes par une maladie. Toujours dans le questionnaire initial, des questions particulières portent sur les troubles de la vue, les troubles dentaires, le port de prothèse, les antécédents chirurgicaux et les éventuels motifs d'exonération du ticket modérateur. Lors des 4 visites suivantes, les enquêtés sont interrogés sur leurs consommations médicales et les motifs qui en sont à l'origine. Ces visites permettent de « récupérer » des maladies chroniques omises au moment du questionnaire initial. Enfin, la visite finale s'attache entre autres à repérer certaines déficiences et à préciser leur origine.

L'originalité de la morbidité recueillie au cours de ces enquêtes réside dans le fait que les déclarations des enquêtés concernant leur état de santé sont contrôlées et validées par une équipe de médecins. Leur intervention, sur dossier, au milieu de l'enquête, permet, grâce à des questions posées par l'intermédiaire de l'enquêteur, de corriger un certain nombre d'oublis, de préciser la nature exacte du diagnostic, de regrouper ou de scinder des symptômes ou des maladies de manière à s'approcher le plus possible d'une morbidité réelle.

La morbidité prévalente⁽¹⁾ est donc estimée au terme de toutes ces étapes, lors de la visite finale. Les maladies ou troubles de santé recueillis au cours de cette enquête ont été codées selon la Classification Internationale des Maladies (9ème révision, 1975).

1.2 Les techniques statistiques utilisées

L'analyse bivariée (procédure DEMOD, du logiciel SPAD), a permis de préciser les variables les plus caractéristiques de la déclaration ou de la non déclaration d'une maladie. Le reste des calculs et en particulier les régressions logistiques a été réalisé avec le logiciel SAS.

2. Quelles sont les maladies sous déclarées ?

2.1 A quel moment de l'enquête les maladies sont-elles déclarées ?

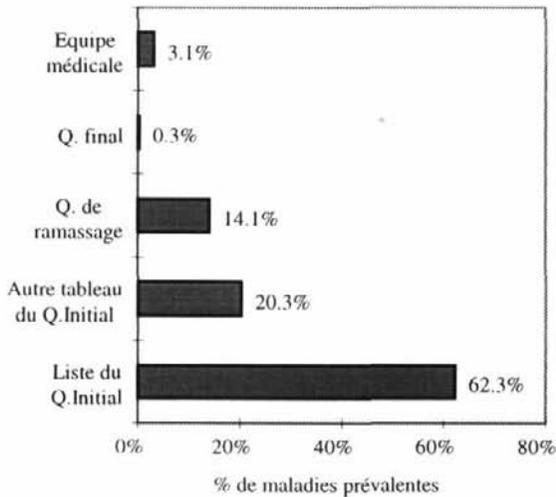
L'ensemble de la morbidité prévalente⁽²⁾ représente, en 1992, 63 281 maladies ou troubles de santé. Seules 62 % d'entre elles sont déclarées lors de la passation de la liste des maladies à la visite initiale. 20 % sont déclarées, également lors de la visite initiale, grâce

⁽¹⁾ Morbidité prévalente : Nombre de cas d'une maladie donnée existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens.

⁽²⁾ Pour cette étude, nous excluons les maladies aiguës apparues en cours d'enquête (c'est-à-dire, la morbidité incidente aiguë) et qui existent encore le dernier jour. En effet, l'objectif de ce travail est de comparer les maladies qui ont été effectivement déclarées au questionnaire initial avec celles qui auraient dû l'être. Or, par définition, les maladies incidentes aiguës n'auraient pas pu être déclarées au questionnaire initial.

aux questions spécifiques portant sur les troubles de la vue et les affections dentaires. Lors des visites suivantes, les questionnaires relevant les consommations de soins, dits de « ramassage », permettent de récupérer 14 % des maladies prévalentes et le questionnaire final, seulement 0,3 %. Enfin, 3,1 % des maladies ne sont jamais déclarées, mais sont rattrapées par l'équipe médicale au vu, en particulier, des traitements pharmaceutiques utilisés (Figure 2).

FIGURE 2. RÉPARTITION DES MALADIES PRÉVALENTES SELON LE MOMENT DE DÉCLARATION



Source : CREDES

Données enquête INSEE CREDES sur la Santé et les Soins Médicaux 1991-1992

2.2 Niveau de déclaration et nature des maladies

Le niveau de déclaration des affections est variable suivant leur nature. Les plus fréquemment déclarées grâce à la liste du questionnaire initial, sont les maladies infectieuses et parasitaires (93 %), respiratoires (89 %), du système nerveux (88 %), de l'œil⁽³⁾ (85 %). Viennent ensuite, les affections de l'oreille (83 %), ostéo-articulaires (81 %), congénitales et périnatales (80 %). A l'inverse, sont mal déclarées dans cette partie du questionnaire, les « autres affections » (27 %), les maladies des dents (28 %), endocriniennes ou métaboliques (32 %) et hématologiques (36 %). Pour les autres maladies, la proportion varie de 57 à 74 % (tableau 1).

Trois domaines pathologiques particuliers sont très souvent déclarés lors de la visite initiale, mais à l'occasion d'autres questions. Il s'agit des affections dentaires (57 %), des troubles endocriniens et métaboliques (53 %, principalement l'obésité), et des « autres affections » (63 %, principalement des antécédents personnels de maladies⁽⁴⁾). Par ailleurs, 20 % des traumatismes sont déclarés également à l'occasion d'autres questions du questionnaire initial.

⁽³⁾ En raison de leur grande fréquence, les maladies de l'œil et de l'oreille ont été séparées du chapitre des maladies du système nerveux. De même, les maladies de la bouche et des dents ont été isolées du chapitre des affections de l'appareil digestif.

⁽⁴⁾ Seuls ont été conservés les antécédents de maladies qui ont encore une importance pour l'appréciation actuelle de l'état de santé de l'individu (exemple : antécédent de cancer).

TABLEAU 1. NIVEAU DE DÉCLARATION DES MALADIES SELON LES GRANDS DOMAINES PATHOLOGIQUES
(LES REGROUPEMENTS SONT CEUX DE LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES)

	Liste du quest. initial	Autres tabl du quest. initial	Quest. de ramassage	Quest. final	Equipe médicale	Nombre brut de maladies
M.infectieuses	92,5 %	3,3 %	1,6 %	0,0 %	2,6 %	305
M.respiratoires	89,4 %	0,7 %	8,7 %	0,0 %	1,2 %	2 585
M.système nerveux	88,2 %	0,9 %	8,4 %	0,1 %	2,4 %	1 109
M.oeil	85,4 %	9,1 %	3,6 %	0,2 %	1,7 %	12 089
M.oreille	83,0 %	5,0 %	6,8 %	4,3 %	0,9 %	1 402
M.ostéo-articulaires	80,9 %	2,1 %	15,4 %	0,1 %	1,5 %	5 710
M.congénitales & périnatales	79,5 %	5,0 %	13,1 %	0,4 %	1,9 %	259
Grossesse	73,9 %	8,7 %	17,4 %	0,0 %	0,0 %	23
Traumatismes	71,8 %	20,4 %	5,8 %	0,4 %	1,6 %	549
M.circulatoires	70,3 %	3,9 %	16,8 %	0,1 %	8,9 %	7 371
Symptômes	69,3 %	1,5 %	22,7 %	0,6 %	5,9 %	3 253
M.app. digestif	69,1 %	1,0 %	26,7 %	0,0 %	3,2 %	3 341
Tumeurs	68,9 %	8,4 %	20,4 %	0,0 %	2,3 %	486
M.génito-urinaires	65,9 %	3,5 %	26,0 %	0,1 %	4,6 %	1 537
Tr mentaux	62,2 %	1,8 %	26,1 %	1,4 %	8,5 %	2 127
M.peau	56,5 %	0,6 %	41,1 %	0,1 %	1,6 %	2 008
M.hématologiques	36,2 %	1,7 %	48,9 %	0,0 %	13,2 %	174
M.endocriniennes et métaboliques	32,2 %	53,1 %	10,1 %	0,0 %	4,5 %	5 222
M.dents	28,4 %	57,0 %	14,3 %	0,1 %	0,2 %	9 649
Autres	26,8 %	63,4 %	8,7 %	0,1 %	1,0 %	4 082

Les questionnaires de ramassage sont l'occasion de déclarer des maladies omises lors de la première visite, soit parce que la personne ne voulait pas les déclarer à ce moment là, soit parce que la maladie, même chronique, ne se manifestait pas alors par des symptômes marquants et a donc été oubliée. Ainsi, 49 % des maladies hématologiques (surtout des anémies), 41 % des affections dermatologiques sont déclarées à l'occasion d'un questionnaire de ramassage, et donc à l'occasion d'une consommation médicale. 20 à 26 % des maladies suivantes sont également déclarées à ce moment là : tumeurs, symptômes, maladies génito-urinaires, troubles mentaux et maladies de l'appareil digestif. Concernant les troubles mentaux et les maladies génito-urinaires, on peut penser qu'il subsiste encore des réticences à les déclarer lors du premier contact avec un enquêteur inconnu.

2.3 Les variables influençant la déclaration des maladies

Une analyse bivariée a permis de mettre en évidence les différentes caractéristiques des pathologies suivant leur niveau de déclaration. Pour simplifier la présentation, nous regroupons les maladies en deux catégories : celles qui sont déclarées par l'intermédiaire de la question directe sur l'existence de maladies dans le ménage et celles qui sont « rattrapées » par d'autres questions, quel que soit le stade de l'enquête où cette récupération est réalisée.

Ainsi, les maladies déclarées dans la liste du questionnaire initial sont plus souvent des affections qui entraînent une incapacité certaine ou probable. L'effet de liste est également important puisque 74 % des maladies de la liste sont déclarées à cette occasion là. Parmi les variables caractérisant les maladies plus souvent déclarées lors de la question directe, on remarque la prévalence faible (<1 %), une invalidité⁽⁵⁾ minimale⁽⁶⁾ de niveau 3 (géné mais mène une vie normale), un risque vital minimal de niveau 3 (risque vital possible) ou 0 (pas de risque vital). Enfin, le fait que la maladie soit un trouble de la réfraction, des céphalées, une hypertension artérielle, une affection du rachis, une arthrose, des caries, une affection ORL, cardiaque, de l'estomac ou des veines est également un facteur de meilleure déclaration dans la liste du questionnaire initial.

A l'inverse, certaines modalités ne favorisent pas la déclaration, à ce moment là, et augmentent donc la probabilité que la maladie soit « récupérée » dans la suite de l'enquête. Il s'agit des maladies non incapacitantes ou dont le niveau d'incapacité est indéterminable, de maladies qui ne sont pas dans la liste initiale, des affections non exonérantes⁽⁷⁾, de celles dont la fréquence est supérieure à 1 % et de celles qui n'ont pas été, pour la personne, un motif d'hospitalisation. De plus, la déclaration lors de la passation de la liste de maladies du questionnaire initial n'est pas favorisée lorsque l'affection est une obésité, une prothèse dentaire, ou une artériopathie (tableau 2).

3. Qui sont les individus qui « sous-déclarent » des maladies ?

La fréquence de la « sous-déclaration » est très importante : en effet on « rattrape » au moins une maladie pour 57 % des individus. De la même manière que précédemment, une analyse bivariée précise les caractéristiques des individus pour lesquels une ou plusieurs maladies ont été « rattrapées ».

⁽⁵⁾ Les indicateurs de risque vital et d'incapacité mis au point par le CREDES, permettent de situer chaque individu sur une échelle ordonnée de risque de décès pour le premier et de risque d'incapacité pour le second. Ils sont attribués par l'équipe médicale au vu, entre autres, des maladies déclarées. Par extension, il est possible de définir pour chaque maladie le risque ou l'incapacité minimale qu'elle entraîne.

⁽⁶⁾ Il s'agit de l'invalidité minimale qu'entraîne la maladie et non pas de l'invalidité effective estimée pour chaque individu porteur de cette maladie. De même pour le risque vital, il s'agit du risque vital minimal.

⁽⁷⁾ Maladies ne faisant pas partie des 30 maladies pouvant entraîner une exonération du ticket modérateur.

TABLEAU 2. LES CARACTÉRISTIQUES DES MALADIES DÉCLARÉES DANS LA LISTE DU QUESTIONNAIRE INITIAL ET DES MALADIES « RÉCUPÉRÉES » ULTÉRIEUREMENT

Valeur test	% de ces maladies relevées au QI	% des maladies relevées au QI ayant cette caractéristique	Caractéristiques des maladies
<i>Modalités augmentant la probabilité d'une maladie d'être déclarée dans la liste du questionnaire initial (p < 0,002)</i>			
69.5	78.6 %	49.5 %	maladie entraînant une incapacité certaine
64.4	73.9 %	62.9 %	maladie dans la liste
62.1	87.2 %	23.5 %	troubles de la réfraction
27.2	77.1 %	13.0 %	maladie entraînant une incapacité probable
26.3	93.5 %	3.1 %	céphalées
25.9	86.3 %	5.0 %	hta
25.6	86.2 %	4.9 %	maladie exonérable au titre de l'hta
24.5	77.6 %	10.1 %	maladie exonérable à d'autres titres
24.3	89.5 %	3.5 %	maladie exonérant l'individu concerné
21.8	80.2 %	6.2 %	affections du rachis
20.3	66.2 %	54.0 %	maladie peu fréquente (<1%)
19.0	80.5 %	4.6 %	arthrose
17.8	75.3 %	7.4 %	invalidité minimale = gêné mais vie normale
15.3	76.2 %	4.9 %	risque vital minimum = possible
14.1	76.5 %	4.1 %	affections ORL (nc surdité)
12.1	64.0 %	68.2 %	risque vital minimum = nul
9.6	73.9 %	2.8 %	affections cardiaques
5.8	67.1 %	5.5 %	caries
4.1	67.1 %	2.8 %	affections de l'estomac
3.2	65.2 %	4.5 %	affections des veines
2.9	65.5 %	3.1 %	autres maladies de l'appareil digestif
<i>Modalités diminuant la probabilité d'une maladie d'être déclarée dans la liste du questionnaire initial (p < 0,001)</i>			
-5.9	54.9 %	2.1 %	maladie exonérable au titre de l'artériopathie
-6.9	62.2 %	99.3 %	maladie non motif d'hospitalisation antérieure
-8.4	62.2 %	99.1 %	maladie non motif d'arrêt d'activité
-12.9	57.7 %	20.8 %	maladie dont le risque vital minimum = faible
-13.0	53.0 %	5.9 %	maladie dont l'incapacité minimum = indeterm.
-13.0	53.0 %	5.9 %	maladie dont le risque vital minim. = indeterm.
-15.12	47.8 %	3.1 %	maladie dont on ne sait pas si donne incapacité
-20.31	58.3 %	46.0 %	maladie fréquente (>1%)
-24.3	61.6 %	96.5 %	maladie n'exonérant pas l'individu concerné
-38.0	58.6 %	73.8 %	maladie ne pouvant pas être exonérée
-64.4	49.2 %	37.2 %	maladie pas dans la liste
-68.2	4.4 %	0.3 %	obésité
-77.22	46.4 %	34.5 %	maladie non incapacitante
*****	2.5 %	0.0 %	prothèse dentaire

Guide de lecture : 78,6 % des maladies entraînant une incapacité certaine sont relevées dans la liste du QI; 49,5 % des maladies relevées dans le QI sont des maladies entraînant une incapacité certaine.

Les personnes pour lesquelles on récupère le plus de maladies sont des femmes, âgées de plus de 40 ans et les personnes présentant une déficience quelle qu'elle soit. Il s'agit également des personnes résidant à Paris ou en banlieue parisienne, de celles appartenant à des ménages de 1 ou deux personnes dont le chef est artisan ou agriculteur, ayant un diplôme inférieur au bac. Par ailleurs on récupère davantage d'affections, chez les divorcés ou veufs vivant seuls, ou les mariés vivant en couple, les actifs, les femmes au foyer, les retraités ou autres inactifs et ceux qui ont été soit directement interviewés soit ont participé au 1er interview (tableau 3).

Les probabilités de mauvaise déclaration liées à ces modalités ont ensuite été évaluées par une régression logistique. Certaines modalités n'apparaissent pas dans le modèle final car elles sont dépendantes d'autres variables, et ne sont pas, en elles-mêmes, significativement liées à la mauvaise déclaration. Ces probabilités de rattrapage de maladies sont calculées par rapport à un individu neutre qui présente les caractéristiques suivantes : femme, 16 à 39 ans, ayant participé au premier rendez-vous, n'ayant aucune déficience, active, cadre, mariée vivant en couple, dans un ménage de 3 personnes, vivant dans une commune de 100 000 habitants et plus dans la région Nord, conjoint de la personne de référence, protégée par la sécurité sociale et une assurance complémentaire. Les plus fortes probabilités de « rattrapage » de maladies sont observées pour les individus les plus âgés. En effet, cette probabilité est augmentée de 53 % pour les personnes ayant 80 ans et plus, de 49 % pour les 65-79 ans et de 34 % pour les 40 à 64 ans. Le fait d'avoir une déficience de quelque nature que ce soit augmente également cette probabilité : déficience auditive (+39 %), trouble psychiatrique (+33 %), déficience motrice (+24 %), déficience visuelle (+16 %), autres déficiences (+27 %). Les autres modalités qui augmentent cette probabilité sont le fait d'être retraité (+24 %) ou inactif pour d'autres raisons (+24 %), de résider à Paris (+18 %) ou en banlieue parisienne (+9,6 %), d'être femme au foyer (+10 %). D'autres modalités entraînent une augmentation plus faible, mais significative de la probabilité de « rattrapage » d'une ou plusieurs maladies. Il s'agit de la profession d'agriculteur ou d'artisan (+8,4 %, +6,0 %) ou du fait de résider dans des communes de moins de 100 000 habitants (+5 % environ).

On constate donc que l'âge en tant que tel est un facteur important d'omissions de maladies. L'existence d'une déficience, en focalisant l'attention sur celle-ci, facilite également l'oubli d'autres affections considérées comme plus banales. Ainsi, la probabilité de récupérer une obésité, des troubles de la réfraction ou une affection ORL est plus importante pour les personnes âgées, alors que celle de récupérer une arthrose est plus faible. Les différences socio-culturelles qui s'expriment par la variable « profession » entraînent des écarts dans la déclaration des maladies : ainsi, les cadres et les professions intermédiaires sont plus attentifs à leurs troubles de la réfraction et les déclarent mieux.

4. Évolution 1980-1991 de la morbidité déclarée

On peut, à partir des enquêtes décennales sur la Santé et les soins médicaux, estimer l'évolution de la morbidité déclarée. Entre les deux enquêtes de 1980 et 1991, le nombre moyen de maladies prévalentes⁽⁸⁾ par personne est passé de 2,9 à 3,2, soit une augmentation de 12 %. Si l'on tient compte de l'évolution de l'âge de la population, qui a vieilli en 10 ans, l'augmentation observée n'est plus que de 6 %. Les évolutions par grands domaines pathologiques ont été cependant très inégales.

⁽⁸⁾ A l'exclusion des maladies incidentes aiguës qui ne sont pas guéries le dernier jour de l'enquête.

TABLEAU 3. PROBABILITÉ DE « RATTRAPAGE » DE MALADIES SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS - RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION LOGISTIQUE
(Seules les modalités présentant une probabilité significativement différente de l'individu de référence sont présentées dans ce tableau)

Variables	Coefficient estimé	Probabilité correspondante	Coefficient de variation	Significativité (p<à)
Situation de référence	0,408	60,07 %		
sexe masculin	-0,438	49,27 %	-17,980	0,0001
40 à 64 ans	1,016	80,59 %	34,170	0,0001
65 à 79 ans	1,739	89,54 %	49,070	0,0001
80 et plus	2,036	92,02 %	53,185	0,0001
n'a pas participé au 1er RDV	-0,199	55,22 %	-8,073	0,0001
déficience auditive	1,221	83,61 %	39,188	0,0001
déficience visuelle	0,431	69,83 %	16,251	0,0006
déficience motrice	0,649	74,21 %	23,549	0,0001
troubles psychiatriques	0,957	79,67 %	32,628	0,0002
autres déficiences	0,752	76,14 %	26,757	0,0001
étudiant ou militaire	-0,198	55,25 %	-8,020	0,0206
retraité	0,680	74,81 %	24,548	0,0001
femme au foyer	0,272	66,38 %	10,502	0,0002
autre inactif	0,666	74,53 %	24,079	0,0001
agriculteur	0,215	65,09 %	8,364	0,0216
artisan	0,154	63,71 %	6,055	0,0333
état matr. ss objet	-1,199	31,21 %	-48,042	0,0001
célibataire en couple	-0,432	49,40 %	-17,764	0,0001
veuf ou divorcé en couple	-0,410	49,96 %	-16,836	0,0077
célibataire seul	-0,378	50,75 %	-15,508	0,0005
ménage 6 personnes et plus	-0,218	54,76 %	-8,844	0,0021
sécur.sociale sans couv compl	-0,400	50,22 %	-16,399	0,0001
protection sociale autres cas	-0,405	50,09 %	-16,603	0,0385
commune rurale	0,127	63,07 %	5,005	0,0083
moins de 20 000 hab.	0,130	63,14 %	5,117	0,0141
20 000 à 100 000 hab.	0,150	63,61 %	5,901	0,0103
banlieue parisienne	0,248	65,84 %	9,606	0,0331
Paris	0,486	70,97 %	18,148	0,0005
Sud Ouest	-0,242	54,16 %	-9,839	0,0033
Méditerranée	-0,276	53,32 %	-11,242	0,0040

Guide de lecture : être de sexe masculin diminue de 18 % la probabilité de « rattrapage » d'une maladie. A l'inverse, avoir 80 ans et plus l'augmente de 54 %

L'interprétation de ces évolutions est relativement difficile et nécessiterait une étude plus importante. En effet, on peut se demander si les variations constatées sont effectivement liées à une augmentation du nombre de maladies ou si elles ne sont pas simplement dues à une amélioration des déclarations. Un examen des évolutions chapitre par chapitre permet cependant d'avancer quelques hypothèses et nous en présentons ici simplement quelques exemples.

Parmi les troubles de santé dont on peut expliquer l'évolution, il faut noter les *affections dentaires* (diminution de 14 %⁽⁹⁾) qui ont bénéficié de larges campagnes de prévention depuis une dizaine d'années. La baisse de 16 % du chapitre des *maladies infectieuses* s'explique principalement par la diminution importante (76 %) des séquelles de tuberculose et de poliomyélite. La vaccination et les progrès de l'hygiène ont, en effet, fait considérablement régresser ces affections. En termes de maladies de *l'appareil respiratoire*, qui baissent de 14 %, c'est surtout la fréquence des syndromes pulmonaires obstructifs qui semble se réduire. S'agit-il ici de l'effet de traitements plus efficaces, limitant les complications à long terme de la bronchite chronique ou de l'asthme ?

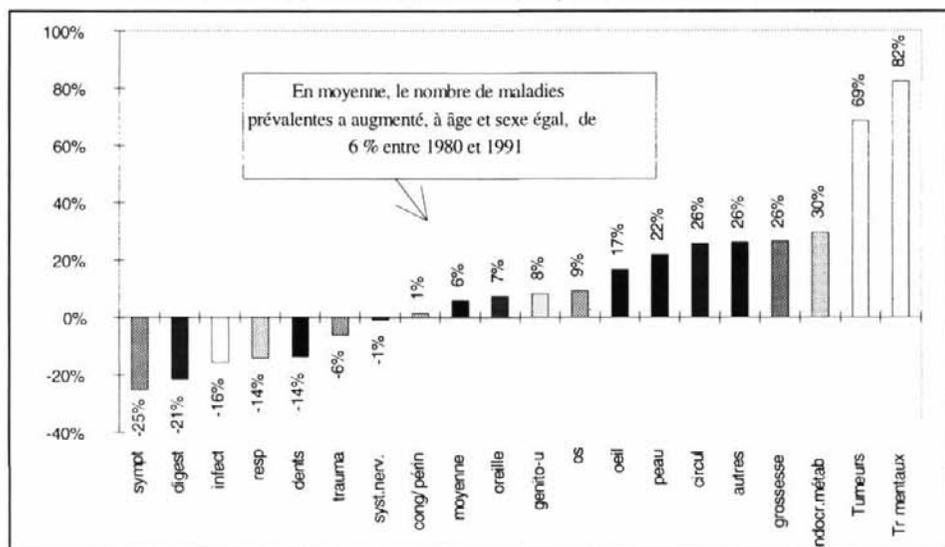
La diminution que l'on observe pour les *maladies de l'appareil digestif* (-21 %) est explicable par des facteurs différents. D'une part, les déclarations de « maladies du foie » ont nettement baissé traduisant l'évolution des connaissances médicales et des mentalités. En effet, pendant de nombreuses décennies la France a été le royaume des « crises de foie », cette dénomination, qui traduisait des troubles imprécis liés pour beaucoup à des excès alimentaires a maintenant pratiquement disparu. D'autre part, la fréquence des « constipations », qui constituent la plus grande partie des « autres maladies de l'intestin et du péritoine » a elle aussi beaucoup diminué, soit à cause de modifications des habitudes alimentaires (fibres, légumes), soit, là aussi, à cause de changements des mentalités. Enfin, le groupe des *syndromes et états mal définis* a baissé de 25 %. Dans ce groupe, deux types d'affections ont diminué : les céphalées et les troubles du sommeil.

La prévalence de tous les autres groupes de maladies a augmenté. Pour certaines, comme les *tumeurs* (+69 %) ou les *troubles psychiatriques* (+82 %), la levée de tabous culturels est manifeste. En 1970, la question des maladies psychiatriques n'était même pas posée par les enquêteurs. L'information des patients sur la nature de leurs tumeurs s'est également généralisée dans les années 70-80. Pour les cancers, il semble donc exister à la fois une augmentation de l'incidence et de leur déclaration. L'augmentation du groupe des *maladies endocriniennes et métaboliques* (+30 %) est liée à deux phénomènes : une progression des déclarations de maladies thyroïdiennes (développement des interventions chirurgicales et des possibilités de traitement) et une augmentation de la fréquence des dyslipidémies (développement des techniques de diagnostic, recherche systématique de facteurs de risque cardiovasculaire). Enfin, il faut citer l'augmentation de 26 % des *maladies cardiovasculaires* imputable d'une part à l'hypertension artérielle, mieux dépistée et plus souvent traitée depuis 10 ans; d'autre part aux maladies cérébrovasculaires qui sont mieux traitées et dont la survie est prolongée; et enfin, à l'augmentation des déclarations de pathologie artérielle et veineuse.

D'une manière générale, on peut conclure que l'augmentation de la morbidité déclarée est davantage liée à l'augmentation de la déclaration des maladies qu'à la progression des pathologies elles-mêmes.

⁽⁹⁾ Les évolutions sont calculées sur des taux standardisés sur l'âge et le sexe. C'est à dire qu'il s'agit des taux fictifs qu'aurait eu la population en 1980, si elle avait eu la même structure par âge et sexe que la population de 1991.

FIGURE 3. ÉVOLUTION 1980-1991 DE LA MORBIDITÉ PRÉVALENTE SELON LES GRANDS DOMAINES PATHOLOGIQUES, A ÂGE ET SEXE COMPARABLES



Source : CREDES

Données enquête INSEE CREDES sur la Santé et les Soins Médicaux 1991-1992

Conclusion et discussion

Au terme de ce travail on peut tenter d'avancer quelques hypothèses pour expliquer la déclaration des maladies.

Tout d'abord, les facteurs intrinsèques, liés à la nature de la maladie elle-même : les maladies graves ou entraînant une incapacité sont plus facilement déclarées que les autres. Dans le même ordre d'idées, les maladies rares dans la population générale sont mieux déclarées, probablement parce qu'elles ne sont pas banalisées.

Puis les facteurs liés au mode de recueil de l'information : ainsi l'existence d'une liste favorise la déclaration des maladies qui y sont citées. Ce phénomène est bien connu des statisticiens et des épidémiologistes.

En dehors de ces facteurs, certaines caractéristiques propres aux individus diminuent la probabilité de déclarer l'ensemble de leurs maladies au questionnaire initial. C'est le cas pour les personnes âgées, pour les femmes, pour les personnes présentant une déficience, mais aussi pour les agriculteurs et les artisans, ou les personnes résidant à Paris ou en banlieue parisienne. La mémoire, les facteurs socio-culturels, l'attention accordée aux maladies graves, peuvent expliquer ces différences.

Enfin, l'analyse à 10 ans d'intervalle, permet d'appréhender d'autres facteurs, comme l'influence des progrès médicaux ou de la diffusion des connaissances médicales, ainsi que le montre l'exemple des troubles des lipides.

Tous ces facteurs sont imbriqués et donc difficilement isolables.

BIBLIOGRAPHIE

- LECOMTE TH, BIENENFIELD G., 1984. *Évolution de la morbidité déclarée, France 1970-1980*, CREDOC, 1984/1, n°630, 209 p.
- LECOMTE TH, MOYSE D., 1978. *Morbidité différentielle*, CREDOC, 1978/12, n°429, 96 p.
- MAGDELAINE M., PEQUIGNOT H., RÖSCH G., ROSS J., 1963. La morbidité étudiée dans une enquête sur la consommation médicale. *Revue d'hygiène et de médecine sociale*, tome II, n°8.
- SERMET C., 1994. De quoi souffre-t-on ? Description et évolution de la morbidité déclarée 1980-1991. *Solidarité Santé* n°1, pp. 37-56.
- SERMET C., 1993. *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992, Méthodologie*, CREDES, n°965, 139 p.