

manipulée, variable avec les époques et les sociétés. Des facteurs exogènes accélèrent la sénescence : par exemple des conditions de vie pénibles. Inversement, un maintien de la forme physique, un bon équilibre moral peuvent retarder la sénescence ou en limiter les conséquences.

Au total la vitesse de la sénescence est la résultante du patrimoine génétique et des traces du parcours de vie individuel et collectif. Le premier commande la plus ou moins grande

L. Robert. *Le vieillissement faits et théories*. Dominos Flammarion, 1995.

susceptibilité aux maladies, les secondes sont liées, au niveau individuel, au hasard et à des déterminants sociaux. Le parcours de vie collectif correspond à l'histoire de chaque génération qui influe sur l'évolution du génome.

Vieillesse psychologique

En psychologie expérimentale, le vieillissement se traduit essentiellement par un déclin notam-

Facteurs sociaux de vieillissement précoce

Des différences selon le niveau économique et socioculturel.

Le vieillissement précoce d'une personne évoque l'idée que l'état de santé de cette personne ne correspond pas à l'état de santé habituel des personnes de son âge mais à celui de personnes plus âgées. Pour passer de cette approche intuitive à une mesure ou du moins à un indicateur chiffré de ce phénomène, nous avons utilisé l'indicateur individuel de morbidité du CreDES à deux dimensions, le pronostic vital et l'invalidité. L'application d'un modèle statistique simple permet d'approcher la notion de vieillissement relatif (« prématuré » ou « retardé ») qui s'exprime en années.

D'une manière générale, l'état de santé se dégrade lorsque le niveau économique ou socio-culturel est moins élevé, et la mesure de cette dégradation en terme de vieillissement relatif peut atteindre plusieurs années.

Pour les adultes, le chômage et l'absence de qualification apparaissent comme les risques sociaux de vieillissement prématuré les plus importants : les chômeurs accusent un vieillissement prématuré de près de 3 ans par rapport aux actifs. Entre les ouvriers non qualifiés (vieillesse

prématuré de 1,6 an) et les cadres supérieurs (vieillesse retardé de 2 ans), l'écart de vieillissement est de 3 ans et demi. Les employés de commerce ou de service se distinguent par un vieillissement prématuré de 1,3 an supérieur à celui des ouvriers qualifiés alors que les employés administratifs se situent à la moyenne (vieillesse relatif proche de zéro). Les effets de ces facteurs défavorables se cumulent, entraînant une différence de vieillissement relatif de plus de 5 ans entre un ouvrier non qualifié au chômage (vieillesse prématuré de 3 ans), et un cadre supérieur actif (vieillesse retardé de 2,6 ans). Dans cette relation entre activité, profession et état de santé, chacun des termes peut être cause ou effet, une mauvaise santé rend plus difficile l'acquisition d'une qualification ou la conduite d'études longues, inversement, le chômage entraîne des perturbations dans l'état de santé, les deux sens possibles de cette relation ne faisant qu'aggraver la situation des personnes qui en sont victimes.

Les autres facteurs de fragilité sociale ou familiale, disposer de revenus bas, avoir un faible niveau d'instruction, être divorcé ou veuf, appartenir à un ménage dont le chef est non qualifié ou au chômage, ne

pas bénéficier d'une protection complémentaire pour les soins médicaux, etc., sont aussi associés à un vieillissement prématuré. Ces caractéristiques sont souvent concomitantes mais au-delà de trois facteurs, l'effet additionnel d'un facteur défavorable supplémentaire n'est plus observable sur le vieillissement relatif.

De même que pour la mortalité, les différences de vieillissement relatif entre groupes sociaux sont plus marquées pour les hommes que pour les femmes.

Des enquêtes longitudinales sur les mêmes échantillons de personnes permettraient d'éclairer ces relations complexes entre vieillissement prématuré, handicaps et affections acquises ou innées et les conditions de vie, de travail, familiales, etc.

Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi

Les résultats sont issus de l'enquête annuelle du CreDES sur la santé et la protection sociale, données de 1994 et 1995 (14 132 personnes) et de 1988-1991 (30 840 personnes). Nous avons présenté la méthodologie dans « Concepts et mesure de l'état de santé en socio-économie. » Prévenir, 1996/09, n° 30. pp. 155-165, et les résultats détaillés dans « Disparités sociales de morbidité en France » CreDES n° 1177, 1997/05 et « État de santé, vieillissement relatif et variables sociodémographiques » CreDES n° 999, 1994/01.