



et rédacteur de l'étude d'impact, le SGG a élaboré un certain nombre d'outils :

- Un mémento de quelques pages ;
- Un site extranet dédié (<http://evaluation-prealable.pm.ader.gouv.fr>) ;
- Un document de lignes directrices ;
- Une charte de présentation des études d'impact ;
- Un *vade-mecum* de définition du cahier des charges de l'étude d'impact.

Dans ce dernier document, 5 questions indicatives concernent la santé publique dans le cadre plus général des impacts sociaux :

- La proposition a-t-elle un impact sur la santé/la sécurité d'individus ou de groupes de citoyens ?
- La proposition est-elle de nature à réduire la prévalence de maladies ? La mortalité précoce ?
- La proposition est-elle de nature à réduire les risques sanitaires liés à la pollution ? Au traitement des déchets ? Au bruit ?
- La proposition est-elle de nature à modifier les comportements nocifs (tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ?
- La proposition a-t-elle des impacts sur des groupes particuliers ? Lesquels ?

Mais on retrouve également d'autres questions, notamment dans les impacts sociaux, économiques ou environnementaux qui interrogent divers déterminants de la santé. Exemples :

- La proposition favorise-t-elle le développement ou la réduction d'inégalités sociales et de revenus ?
- Est-elle de nature à impacter le fonctionnement du marché du travail (par exemple, en termes d'accès et de retour à l'emploi) ?
- La proposition affecte-t-elle les ressources en eau potable ?

Début 2010, un séminaire organisé par le Centre d'analyse stratégique, la Direction générale de la santé et la Société française de l'évaluation a permis de faire un point sur les diverses méthodes et moyens de développement de l'EIS en France (voir les actes sur <http://www.strategie.gouv.fr/>).

Le dispositif des études d'impact apparaît comme une réelle avancée, même si des progrès sont sans doute à réaliser pour améliorer la qualité du volet sanitaire et étudier plus précisément les éventuelles retombées des projets de loi sur les inégalités sociales de santé.

En s'inspirant des exemples étrangers, il semble aujourd'hui nécessaire de développer la pratique des évaluations d'impact sur la santé au niveau régional et local. Pour cela, il faudra fournir aux agences régionales de santé et à leurs partenaires régionaux et locaux des soutiens, outils et méthodes permettant de conduire de telles évaluations, en inscrivant clairement ces procédures dans le cadre plus général de la réduction des inégalités sociales de santé. 📌

## Inégalités sociales de santé et avancée en âge

**Alexis Montaut**  
Chargé d'études  
**Nicolas De Riccardis**  
Chargé d'études

Direction de  
la recherche,  
des études, de  
l'évaluation et des  
statistiques (Drees)

**M**algré l'amélioration des conditions de vie, les progrès de la médecine et l'assurance maladie obligatoire, des disparités sociales parfois importantes subsistent en matière de santé : ceux qui sont les plus favorisés (les plus instruits, ayant de meilleures conditions de travail ou des revenus plus élevés) déclarent moins de problèmes de santé — ou des problèmes moins graves — que les autres. Nous utilisons la catégorie sociale (CS) en sept classes dans les analyses présentées dans cet article, car elle reflète à la fois des différences de niveau de vie, de niveau d'instruction, de conditions de travail et de modes de vie : agriculteur (trice), artisan(e)-commerçant(e), cadre, profession intermédiaire, ouvrier (ère), employé(e) et la catégorie « autres », qui regroupe les personnes inactives.

Pour appréhender l'évolution avec l'âge des inégalités de santé, il faut s'intéresser à des trajectoires individuelles, ce que permet l'enquête Santé et Itinéraire professionnel 2006 (encadré). Même si les enquêtes dites « rétrospectives » sont entachées d'un biais de sélection, puisqu'elles ne comportent que des personnes qui sont encore en vie au moment de l'enquête, elles s'avèrent bien plus pertinentes pour mesurer l'évolution

des inégalités selon l'âge que les enquêtes transversales. En effet, dans ces dernières, les populations ne sont pas les mêmes d'une tranche d'âge à une autre : la génération des ouvriers des années 1970 n'a pas eu les mêmes conditions vie et de travail que celle des ouvriers actuels, par exemple. De plus, ceux qui, après 60 ans, ont comme dernière CS « ouvriers » ont souvent été ouvriers toute leur vie : s'ils n'ont pas gravi les échelons par promotion, c'est peut-être justement à cause d'une santé dégradée [5]. Chez les plus âgés, les ouvriers sont donc davantage « sélectionnés » que chez les plus jeunes, et c'est pourquoi il semble plus adapté de raisonner en termes de trajectoires individuelles. Ainsi, on se limite ici aux personnes âgées de 60 à 74 ans au moment de l'enquête. L'indicateur de santé utilisé est la santé perçue<sup>1</sup> à différents âges<sup>2</sup> (35,

1. « Comment est votre état de santé en général ? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais. » Un état de santé « altéré » correspond aux modalités « moyen, mauvais ou très mauvais ».

2. L'état de santé perçue à chaque âge n'est pas directement déclaré par l'enquêté, mais il est estimé en s'appuyant sur le sexe, l'âge, les maladies, handicaps et le diplôme déclarés par l'individu (disponibles à tout âge) et leur lien avec la santé perçue au moment de l'enquête.

Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale p. 55.

50 et 60 ans) et selon la catégorie sociale en début de carrière (CS ou dernière CS à 35 ans). L'âge de 35 ans est traditionnellement utilisé comme point de départ, car c'est un âge auquel les études sont généralement terminées et la catégorie sociale à peu près stabilisée. On se restreint à ces âges actifs, car après 60 ans les biais de sélection sont importants, en raison de la mortalité supérieure chez les plus défavorisés.

### Un gradient social de santé et des écarts qui s'accroissent avec l'âge

Pour les hommes comme pour les femmes, ceux qui étaient cadres à 35 ans se jugent plus souvent en bonne santé vingt-cinq ans plus tard, à 60 ans, que ceux qui occupaient une autre catégorie sociale en début de carrière, et les écarts entre CS s'accroissent jusqu'à 60 ans (figure 1). Ainsi, 7 % des hommes qui étaient cadres à 35 ans jugent leur santé altérée à 60 ans, contre 30 % de ceux qui étaient ouvriers, employés ou artisans-commerçants à 35 ans et 23 % de ceux qui étaient agriculteurs ou occupaient une profession intermédiaire. Pourtant, en début de carrière, à 35 ans, la proportion d'hommes qui jugeaient leur santé altérée était très faible, et du même ordre de grandeur pour toutes les catégories sociales. La CS « autres » est très peu fréquente à 35 ans chez les hommes : elle représente moins de 1 % des effectifs et contient principalement des personnes inactives, l'inactivité masculine étant souvent la conséquence d'un problème de santé, d'un handicap notamment. Enfin, on observe une forte dégradation entre 50 et 60 ans de l'état de santé de

ceux qui étaient artisans ou commerçants en début de carrière.

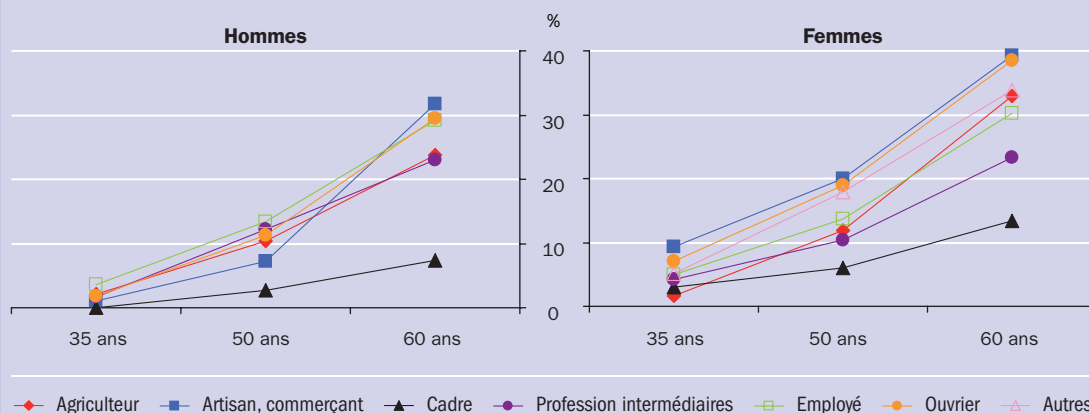
Pour les femmes, les différences d'état de santé selon les catégories sociales sont déjà un peu marquées à 35 ans et la CS « autres » est beaucoup plus fréquente que chez les hommes (20 % des effectifs). Pour les femmes, l'inactivité peut résulter notamment du choix de rester au foyer pour s'occuper des enfants et semble donc moins souvent liée à une mauvaise santé que pour les hommes. Les écarts entre catégories sociales s'accroissent avec l'âge, les femmes artisans, les commerçantes et les ouvrières déclarant la santé la plus dégradée et les femmes cadres la meilleure (figure 1). Les agricultrices présentent une dégradation plus marquée que les autres de leur état de santé avec l'âge. Toutefois, les évolutions avec l'âge, pour les hommes comme pour les femmes, peuvent être entachées de biais de mémoire : rétrospectivement, après 60 ans et compte tenu de leur état de santé actuel, les plus âgés peuvent sous-estimer les problèmes de santé qu'ils ont eus dans leur jeunesse.

### Un effet cumulatif des conditions de travail sur la santé

La catégorie sociale correspond notamment à des conditions de travail particulières. Par exemple, l'exposition à des conditions de travail pénibles varie selon la CS, les ouvriers étant, de loin, les plus exposés : si l'on considère les expositions physiques les plus fréquentes (travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant et exposition à des produits nocifs),

figure 1

#### Proportion de personnes jugeant leur santé altérée à 35, 50 et 60 ans, selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle à 35 ans



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.

Lecture : parmi les hommes qui étaient cadres en début de carrière (i.e. à 35 ans), 1 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, puis 3 % à 50 ans et 7 % à 60 ans. Parmi ceux qui étaient ouvriers en début de carrière, 2 % jugeaient leur santé altérée à 35 ans, contre 11 % à 50 ans et 30 % à 60 ans. Pour des raisons d'effectifs trop faibles, la CS « autres » n'est pas représentée sur le graphique « Hommes ».

Source : Santé et Itinéraire professionnel 2006.



## Les inégalités sociales de santé

ils déclarent deux fois plus souvent que les autres professions avoir été exposés à chacun de ces types d'expositions pendant au moins quinze ans<sup>3</sup>. Les effets de l'exposition à des travaux pénibles peuvent apparaître plusieurs années après la fin de l'activité professionnelle [61], et continuer d'accroître les inégalités de santé aux âges les plus élevés. Parmi les personnes de 60 à 74 ans qui n'ont jamais été exposées à un travail jugé pénible, 1 % déclarait avoir eu 2 maladies ou plus dès l'âge de 45 ans, contre 3 % parmi celles qui avaient été exposées à un travail jugé pénible, quelle que soit la durée de cette exposition (figure 2). En revanche, à 65 ans, les écarts sont bien plus importants et, cette fois, significatifs : 4 % de ceux qui n'ont jamais été exposés déclarent 2 maladies ou plus, contre 10 % de ceux qui ont été exposés. De plus, ces écarts se tassent après 60 ans, mais en raison d'une mortalité plus importante chez ceux qui ont effectué des travaux pénibles.

### La catégorie sociale reflète aussi des modes de vie différents

Les inégalités de santé perçue entre catégories sociales peuvent trouver leur origine dans des différences de conditions de travail, mais la CS reflète aussi des modes de vie, un niveau d'éducation et des comportements individuels différenciés. Ainsi, entre 18 et 59 ans, 39 % des hommes ouvriers déclarent fumer tous les jours, contre 21 % des cadres (tableau 1). Le gradient social est le même chez les hommes et les femmes : les agriculteurs sont ceux qui fument le moins et les ouvriers ceux qui fument le plus. Le tabagisme est une pratique socialement marquée et est responsable d'un nombre très important de cancers et de maladies chroniques, respiratoires ou cardio-vasculaires. Cependant,

3. Source : enquête Santé et Itinéraire professionnel 2006.

les comportements vis-à-vis de la santé à l'âge adulte sont rarement le résultat de décisions purement individuelles : être issu d'un milieu défavorisé, avoir des parents peu éduqués, en mauvaise santé ou adoptant des comportements à risque sont autant de facteurs qui contribuent à expliquer une mauvaise santé à l'âge adulte [55]. Les inégalités de santé relèvent donc de la justice sociale, ce qui justifie la mise en œuvre de politiques visant à les réduire [49].

### Les cadres vivent plus longtemps, et plus longtemps en bonne santé, que les ouvriers

Même lorsque l'on dispose de données longitudinales, les écarts entre catégories sociales se trouvent mécaniquement réduits par le fait que les survivants aux âges élevés dans les catégories sociales les plus défavorisées sont probablement ceux dont la santé est la meilleure. Il semble donc indispensable de compléter l'analyse avec des données d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité.

À 35 ans, un homme ouvrier peut espérer vivre encore quarante et une années, dont neuf avec des limitations dans les activités du quotidien en raison d'un problème de santé [18]. Ces années de vie avec incapacité représentent donc 22 % des années qui lui restent (figure 3). En revanche, un homme cadre peut espérer vivre encore quarante-sept ans, soit six années de plus qu'un ouvrier, et dont sept années avec des limitations, soit 15 % des années qui lui restent. Cette hiérarchie sociale est identique chez les femmes, même si les écarts d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité sont un peu moins marqués. Ces inégalités sociales de santé se creusent donc tout au long de la vie, notamment aux âges actifs, mais aussi après par effet différé, et aboutissent à des inégalités importantes en termes d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacité.

## Enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP)

L'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP), conçue par la Drees et la Dares et réalisée en 2006-2007, explore en population générale les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail. Elle comporte en particulier un

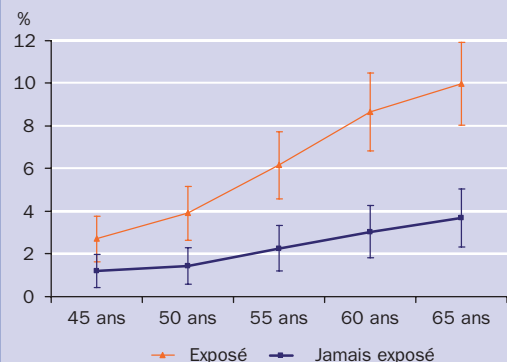
questionnement rétrospectif qui vise à repérer les principaux changements de l'état de santé au regard des situations de travail décrites dans leurs durées et leurs discontinuités ; en retour, il s'agit de saisir l'incidence de l'état de santé au sens le plus large sur le parcours professionnel

des personnes, les aléas de carrière ou les discriminations éventuelles qu'elles ont pu rencontrer.

Pour en savoir plus : <http://www.sante-sports.gouv.fr/sante-et-itineraire-professionnel-sip.html>

figure 2

### Proportion de personnes déclarant au moins 2 maladies avant d'avoir atteint l'âge donné



Champ : personnes âgées de 60 à 74 ans, vivant en France métropolitaine.

Lecture : parmi les personnes âgées d'au moins 65 ans qui n'ont jamais été exposées à un travail physiquement pénible, 1 % déclarait avoir eu 2 maladies ou plus dès l'âge de 45 ans, 2 % déclaraient avoir eu 2 maladies ou plus à 55 ans et 4 % à 65 ans. Les traits verticaux représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source : Santé et Itinéraire Professionnel 2006.

tableau 1

### Proportion de fumeurs quotidiens selon la catégorie socioprofessionnelle, parmi les 18-59 ans (en pourcentage)

	Hommes	Femmes
Agriculteurs	14	10
Cadres	21	21
Professions intermédiaires	26	20
Artisans, commerçants	28	21
Autres	29	27
Employés	30	26
Ouvriers	39	34

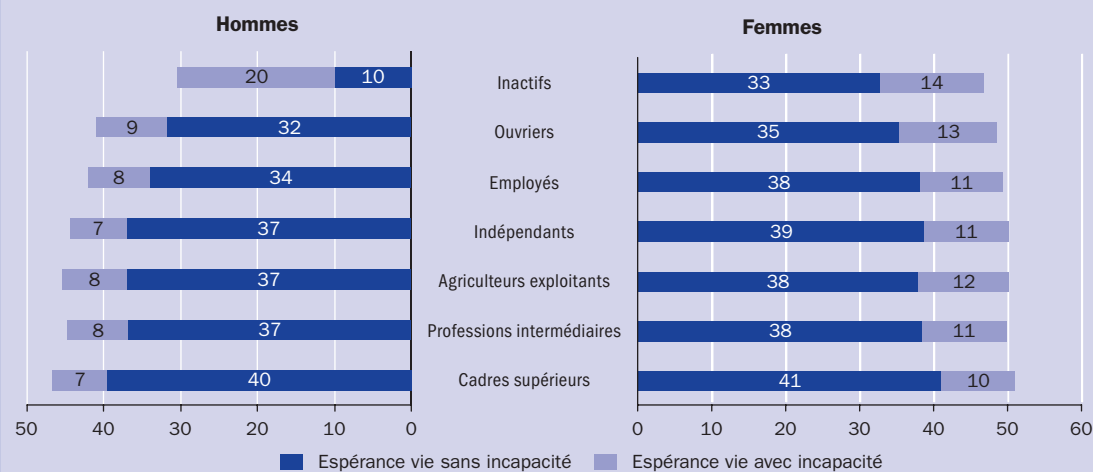
Champ : personnes âgées de 18 à 59 ans et vivant à leur domicile en France métropolitaine et DOM.

Lecture : parmi les agriculteurs de 18 à 59 ans, 14 % déclarent être des fumeurs quotidiens, et 10 % parmi les agricultrices de même âge.

Source : Handicap-Santé, volet ménages 2008.

figure 3

### Années d'espérance de vie sans incapacité et années d'espérance de vie avec incapacité, à 35 ans, selon la catégorie socioprofessionnelle



Lecture : À 35 ans, un homme ouvrier peut espérer vivre encore quarante et une années, dont trente-deux sans incapacité et neuf avec gênes dans les activités du quotidien.

Sources : INED, Cambois, Laborde, Robine. 2003.