



Sous embargo jusqu'au 06/10/2022 à 6h

ÉTUDES et RÉSULTATS

octobre 2022
n° 1243

Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie

Entre 2016 et 2017, les 10 % les plus modestes de la population française développent plus souvent une maladie chronique que les 10 % les plus aisés, à âge et sexe comparables : 2,8 fois plus de diabète, 2,2 fois plus de maladies du foie ou du pancréas, 2,0 fois plus de maladies psychiatriques, 1,6 fois plus de maladies respiratoires chroniques, 1,5 fois plus de maladies neurologiques ou dégénératives et 1,4 fois plus de maladies cardiovasculaires. En revanche, ils développent relativement moins de cancers. Ce constat ne tient cependant pas compte des éventuelles inégalités sociales devant le recours au dépistage et des différences selon le type de cancer.

Le risque de déclarer une maladie chronique est aussi très variable entre les groupes socioprofessionnels. Ainsi, les cadres et professions intellectuelles supérieures en développent moins souvent que les ouvriers et les employés.

Comme elles développent plus souvent des maladies chroniques, les personnes les plus modestes sont aussi plus nombreuses à vivre avec l'une de ces maladies, et ce, bien que leur mortalité soit relativement plus élevée lorsqu'elles sont malades.

Les maladies chroniques accentuent les inégalités sociales en matière d'espérance de vie : sans elles, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les plus aisés et les plus modestes serait réduit de plus d'un tiers.

Samuel Allain, avec la collaboration de Vianney Costemalle (DREES)

> Les auteurs remercient Sylvie Rey, Jean-Baptiste Hazo, Claire-Lise Dubost (DREES)

De 2012 à 2016, l'écart d'espérance de vie à la naissance¹ entre les 5 % les plus aisés de la population française et les 5 % les plus modestes était de 13 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes (Blanpain, 2018). Les maladies chroniques pourraient être à l'origine d'une part importante de ces inégalités, puisqu'elles constituent les causes de mortalité les plus fréquentes (DREES et Santé publique France, 2017).

Selon la cartographie des maladies développée par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), les maladies chroniques peuvent être regroupées en grandes catégories (**encadré 1**), dont les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires (5,1 millions de personnes prises en charge en 2019²), le diabète (4,0 millions), les maladies respiratoires chroniques (3,7 millions), les cancers (3,3 millions), les maladies psychiatriques (2,5 millions), les maladies

1. L'espérance de vie est la durée de vie moyenne qu'aurait une population si elle était exposée pendant toute son existence aux conditions de mortalité observées sur une période donnée.

2. Bien que la présente étude porte sur la période 2016-2017, les chiffres présentés dans le rapport de la CNAM concernent 2019, car il s'agit de la première année pour laquelle ces statistiques sont disponibles sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

- neurologiques ou dégénératives (1,7 million), les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida³ (1,3 million) et les maladies du foie ou du pancréas (0,6 million) [CNAM, 2021].

Si l'âge augmente fortement le risque de développer une maladie chronique, la situation sociale constitue un autre facteur de risque⁴. En associant des données de recours aux soins à des données sociofiscales, la base de données EDP-Santé permet d'estimer ce facteur de risque entre 2016 et 2017 (*encadré 2*).

Les personnes les plus modestes ont 2,8 fois plus de risque de développer un diabète que les plus aisés

À l'exception notable des cancers, le risque de développer l'une des maladies chroniques retenues dans cette publication est plus élevé chez les 10 % les plus modestes de la population que chez les 10 % les plus aisés (*graphique 1*). À âge et sexe comparables, le rapport de risque entre ces deux groupes de population varie ainsi de 0,90 à 2,79 selon la maladie étudiée. Le diabète est la maladie chronique pour laquelle l'écart est le plus important : le risque d'en développer un est 2,79 fois plus élevé chez les plus modestes que chez les plus aisés. Viennent ensuite les maladies chroniques du foie ou du pancréas et les maladies psychiatriques, avec des rapports de risque respectifs de 2,20 et de 1,95, puis les maladies neurologiques ou dégénératives et les maladies cardiovasculaires, avec des rapports de risque respectifs de 1,49 et de 1,36.

Le risque de développer une maladie chronique diminue en outre de façon graduelle et régulière lorsque le niveau de vie augmente, chaque dixième de la population classée selon le niveau de vie ayant un risque plus faible que le dixième précédent. Le dixième le plus modeste de la population n'a cependant pas un plus fort risque de développer une maladie cardiovasculaire ou une maladie respiratoire chronique que le deuxième dixième le plus

Encadré 1 Descriptif des catégories de maladies

La catégorisation des maladies a été réalisée conformément à la méthodologie de la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) [CNAM, 2018]. Les catégories suivantes ont été retenues :

> **Maladies cardiovasculaires** : ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires.

> **Diabète** : quel que soit son type.

> **Cancers**.

> **Maladies psychiatriques** : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

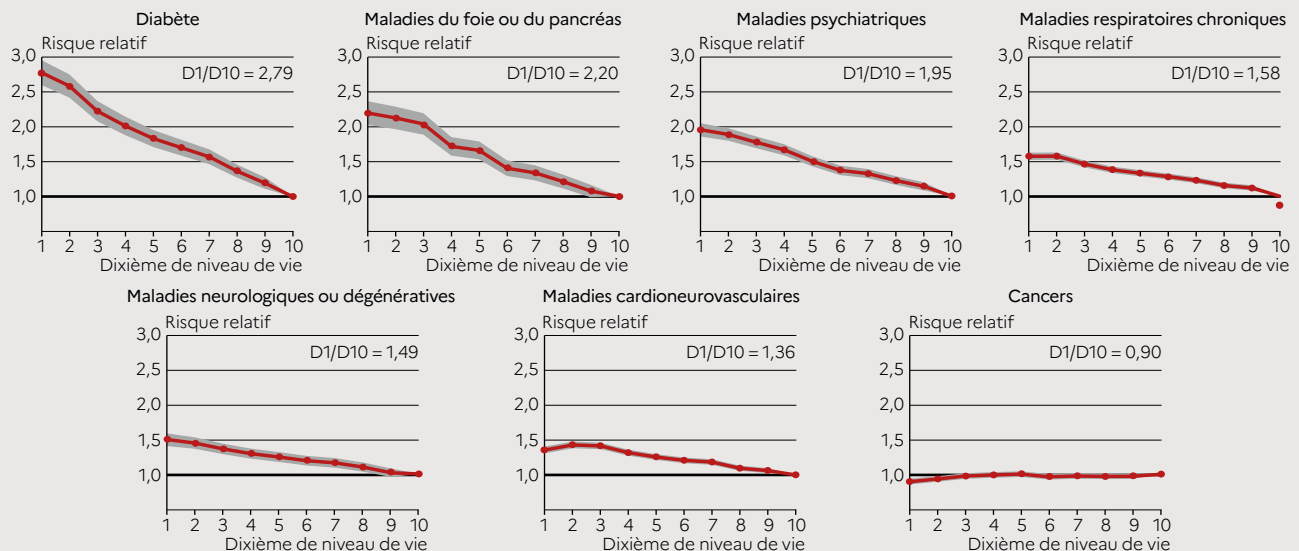
> **Maladies neurologiques ou dégénératives** : ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la paraplégie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

> **Maladies respiratoires chroniques** : ce groupe comprend l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance respiratoire chronique, etc. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

> **Maladies du foie ou du pancréas** : ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète.

Ces catégories ne sont pas exclusives. Par exemple, un individu pourra vivre avec un diabète en plus d'un cancer. Ainsi le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique n'est pas égal à la somme des effectifs de personnes vivant avec chaque catégorie de maladie chronique.

Graphique 1 Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> *Études et Résultats* n° 1243 © DREES

3. Cette catégorie n'est pas présentée dans cette publication, du fait de son hétérogénéité.

4. Un facteur de risque augmente la probabilité de survenue d'une maladie, sans que cela indique nécessairement un effet causal.

modeste. Cela peut être lié aux limites du repérage des maladies à travers la consommation de soins (encadré 2).

Les inégalités sociales face au cancer se distinguent en ce qu'elles sont inversées⁵ : à âge et sexe comparables, les personnes les plus aisées ont un risque 1,12 fois plus élevé que les plus modestes d'en développer un. De plus, ces inégalités ne sont pas graduelles, puisque le risque des personnes les plus aisées équivaut à celui des personnes de niveau de vie intermédiaire (cinquième dixième). Certaines disparités sociales dans l'incidence (encadré 3) et la mortalité des cancers sont bien attestées en Europe et en France (Bryere, *et al.*, 2017 ; Chauvin, *et al.*, 2017 ; Dalton, *et al.*, 2008). Les cancers des voies respiratoires et de l'œsophage touchent plus souvent

les catégories sociales défavorisées et leurs pronostics sont également moins optimistes que pour les plus favorisées. En revanche, la prise en charge des cancers du sein, celle du cancer de la prostate et celle des mélanomes concernent plus souvent les catégories sociales favorisées, ce qui pourrait s'expliquer par des différences de recours au dépistage. Ces catégories sociales ont également les pronostics les plus favorables pour ces cancers (Bryere, *et al.*, 2017 ; Chauvin, *et al.*, 2017 ; Menvielle, *et al.*, 2008).

Les origines des disparités sociales constatées sont multiples : les conditions de vie et de travail, l'accès aux soins, la littératie en santé⁶ et les comportements individuels, par exemple (Wilkinson et Marmot, 2004).

Encadré 2 Source, champ et méthode

Source

Les données de l'EDP-Santé ont été mobilisées pour cette étude. L'EDP-Santé croise les données de l'échantillon démographique permanent (EDP), produit par l'Insee, et celles du système national des données de santé (SNDS), produit par la CNAM (Dubost et Leduc, 2020).

Champ

La population étudiée rassemble les personnes vivant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer à l'exception de Mayotte, où les données n'étaient pas d'une qualité suffisante.

Méthode

Typologie des pathologies

Les pathologies ont été repérées à l'aide des algorithmes développés par la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) [CNAM, 2018]. Ceux-ci ont été reconstitués à partir de leur description. À la différence de la méthodologie adoptée par la CNAM, ils ont été appliqués à tous les individus de l'EDP-Santé et pas seulement aux personnes s'étant fait rembourser des soins par l'Assurance maladie dans l'année. Malgré cela, les prévalences des différentes catégories de maladies étudiées se situent à des niveaux très proches de celles publiées par la CNAM sur la même période (CNAM, 2022). Les algorithmes utilisent les événements suivants :

- les diagnostics renseignés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) à la suite d'un séjour hospitalier ;
- le diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD) ;
- les actes ou médicaments spécifiques à des pathologies (et remboursés par l'Assurance maladie).

Selon les pathologies, ces événements sont observés sur une profondeur de un à cinq ans. Les données administratives utilisées pour le repérage des individus malades présentent une limite importante : elles ne comprennent ni les personnes qui ne recourent pas aux soins remboursés par l'Assurance maladie, ni celles qui y recourent sans présenter leur carte vitale ou sans envoyer de feuille de soins.

Standardisation des taux d'incidence et de prévalence

La standardisation permet de comparer des sous-populations en neutralisant les facteurs de confusion (l'âge, par exemple) qui influencent le phénomène étudié. Par exemple, les personnes jeunes sont relativement plus modestes que les autres. Or elles ont moins souvent du diabète, donc on pourrait croire que la pauvreté réduit le risque de diabète. Ici, les taux d'incidence et de prévalence ont été standardisés par âge (classes de dix ans) et par sexe, avec la méthode de standardisation directe.

Choix du niveau de vie et du groupe socioprofessionnel

Pour les analyses faisant intervenir le groupe socioprofessionnel, issu du recensement de la population, les poids utilisés sont ceux proposés par l'Insee. Pour les retraités et les chômeurs, le groupe socioprofessionnel est déterminé par la dernière activité professionnelle.

Dans les analyses faisant intervenir le niveau de vie, les poids ont été calculés par calage sur les marges du recensement (âge, sexe, département). Une moyenne du niveau de vie a été réalisée pour la période 2011-2013 en euros constants. Cela permet d'obtenir un indicateur avant le développement de la maladie, ce qui est utile pour les analyses d'incidence : par ce biais, on évite en partie de capter l'effet de la maladie sur le niveau de vie. Ce dernier n'est cependant pas entièrement neutralisé, puisque la dégradation de l'état de santé d'un individu peut commencer avant de se traduire par une consommation de soins.

L'avantage de la moyenne du niveau de vie sur trois ans est de lisser les trajectoires heurtées de revenus. Lorsque le niveau de vie était manquant sur cette période (10 % des cas), le niveau de vie le plus ancien a été retenu (celui de 2014, de 2015, de 2016 ou de 2017). Parmi ces 10 % de cas, 57 % des personnes étaient mineures. Leur niveau de vie étant celui de leurs parents, il était moins problématique de prendre un niveau de vie plus proche du déclenchement de la maladie.

Analyses concernant l'espérance de vie

Plusieurs choix méthodologiques relatifs à la mesure des écarts d'espérance de vie en fonction du niveau de vie diffèrent de ceux opérés par l'Insee (Blanpain, 2018), car ils ont spécifiquement été guidés par l'objectif d'analyse des maladies chroniques. Ainsi, pour des questions d'effectifs, les individus ont été classés par dixième et non par vingtième de niveau de vie. De même, les déciles de niveau de vie ont été calculés pour l'ensemble de la population et non pas en fonction de la classe d'âge. Ce changement de convention affecte peu les résultats obtenus. Les personnes nées à l'étranger ont été intégrées à l'analyse. Enfin, l'Insee étudie la mortalité entre 2012 et 2016 des personnes présentes en 2011 dans une déclaration fiscale, tandis que cette étude porte sur la mortalité entre 2016 et 2017 des personnes présentes dans une déclaration fiscale pendant la même période (2016-2017).

L'espérance de vie a été calculée selon la méthodologie de l'Insee (Insee, 2018), c'est-à-dire en estimant des quotients de mortalité jusqu'à 105 ans et en les prolongeant jusqu'à 120 ans. Concernant les écarts d'espérance de vie dus aux maladies chroniques, les calculs ont été réalisés séparément pour la population totale (personnes malades ou non) et pour la population qui n'avait pas la maladie étudiée. Il n'était pas possible de calculer l'espérance de vie de la seule population atteinte par la maladie, puisque le calcul nécessite les quotients de mortalité à chaque âge. Or certaines maladies comptent très peu de cas à certains âges.

5. Le détail par type de cancer n'a pas pu être produit pour cette publication.

6. La littératie en santé représente la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer afin de promouvoir, maintenir et améliorer sa santé.

Le risque de développer une maladie respiratoire chronique est 1,4 fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres

Du fait de la corrélation entre la position socioprofessionnelle et le niveau de vie, les inégalités socioprofessionnelles face au risque de développer une maladie chronique recouvrent en partie celles relatives au niveau de vie. Par exemple, les ouvriers ont une plus forte probabilité que les cadres et professions intellectuelles supérieures de développer une maladie psychiatrique (risque multiplié par 2,02), un diabète (1,92), une maladie neurologique ou dégénérative (1,52), une maladie du foie ou du pancréas (1,50), une maladie respiratoire chronique (1,43) ou une maladie cardiovasculaire (1,29) [graphique 2]. Aucune différence significative de risque n'a été mise en évidence dans la catégorie des cancers. Les employés développent également plus souvent des maladies chroniques que les cadres et professions intellectuelles supérieures, à l'exception des cancers et des maladies du foie et du pancréas (tableau complémentaire A).

L'ampleur des inégalités socioprofessionnelles face au risque de déclarer une maladie chronique n'est cependant pas strictement identique à celle relative aux inégalités de niveau de vie.

Les plus modestes ont un risque 2,8 fois plus élevé de vivre avec une maladie psychiatrique que les plus aisés

Le risque de développer une maladie chronique est mesuré par son incidence, tandis que le risque de vivre avec cette maladie est mesuré par sa prévalence (encadré 3). Les personnes ayant développé une maladie chronique vivent avec elle avant de guérir ou de décéder. L'évolution et le pronostic de cette dernière peuvent différer selon la position socioprofessionnelle et le niveau de vie de la personne atteinte. Le niveau de vie de la personne touchée peut aussi évoluer, du fait notamment de l'apparition de la maladie. Pour ces raisons, les inégalités sociales révélées par la prévalence d'une maladie chronique diffèrent de celles mises en évidence par son incidence.

Les inégalités sociales sont particulièrement marquées face au risque de vivre avec une maladie psychiatrique, puisqu'il est 2,81 fois plus élevé chez les plus modestes que chez les plus aisés (graphique 3). Cet écart de prévalence est plus fort que l'écart d'incidence (1,95). En effet, certaines maladies psychiatriques, si elles sont développées tôt dans la vie, peuvent réduire les chances de faire des études ou d'avoir un emploi, ce qui pèse négativement sur le niveau de vie. Une personne ayant un niveau de vie moyen avant de développer ce type de trouble peut ainsi passer à un niveau de vie faible après sa manifestation. Cela renforce les écarts de prévalence entre les plus modestes et les plus aisés par rapport aux écarts d'incidence.

Le risque de vivre avec un diabète est plus inégalitaire chez les femmes, celui de vivre avec une maladie psychiatrique l'est plus chez les hommes

L'analyse de la prévalence des maladies chroniques déclinées par niveau de vie et par sexe⁷ indique que les inégalités sociales sont plus fortes chez les femmes que chez les hommes en ce qui concerne le diabète (rapport de risque de 3,46 entre les plus modestes et les plus aisées, contre 1,90 chez les hommes) et

Encadré 3 Incidence et prévalence

Définitions

L'incidence se calcule en rapportant le nombre de nouveaux cas d'une maladie pendant une période de référence (ici un an) à la population qui n'était pas malade au début de la période. Elle porte sur le flux de nouveaux malades et mesure ainsi le risque de tomber malade.

La prévalence se calcule en rapportant le nombre de malades, anciens ou nouveaux, à la population totale. Elle porte sur le stock de malades et mesure ainsi le risque de vivre avec la maladie.

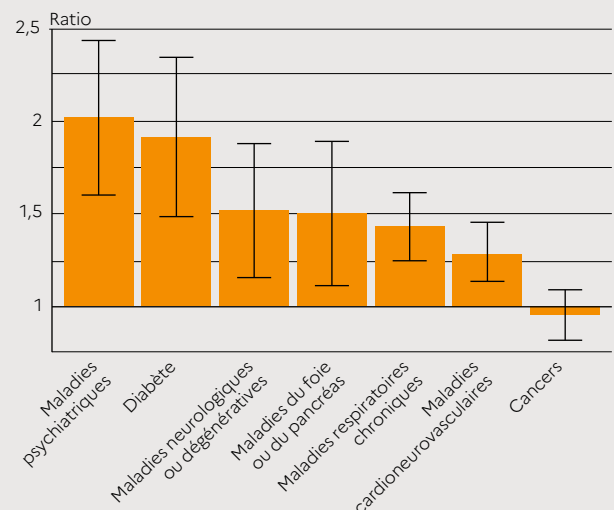
L'incidence et la prévalence des maladies chroniques vont généralement dans le même sens : une incidence élevée entraînera souvent une prévalence élevée. Ceci n'est pas vrai si la mortalité est importante : la prévalence restera alors basse car les nouveaux malades décèdent peu de temps après avoir déclaré la maladie.

Utilisation

L'incidence est un meilleur indicateur pour évaluer les inégalités sociales en matière de santé, puisqu'il répond à la question : « Qui risque de tomber malade ? » De plus elle peut être étudiée selon la situation sociale qui précède l'entrée dans la maladie, ce qui permet en partie d'isoler l'effet de la situation sociale sur la santé de l'effet de la santé sur la situation sociale. En revanche, elle est statistiquement moins précise, puisque calculée sur des effectifs beaucoup plus faibles, ceux qui passent de l'état de non-malades à celui de malades. De plus il n'est pas toujours facile de savoir si un individu repéré comme malade pour la première fois une année donnée correspond à une vraie entrée dans la maladie ou si la maladie n'avait pas été repérée l'année précédente. Par exemple, un individu parti à l'étranger pourrait être déclaré sain une année donnée parce qu'il n'a pas consommé un certain médicament. De retour sur le territoire, on le compterait à tort comme un nouveau cas entré dans la maladie.

Les analyses de prévalence peuvent en revanche être plus pertinentes dans une perspective de prise en charge des malades, puisqu'elles répondent à la question : « Qui sont les malades ? »

Graphique 2 Ratio d'incidences standardisées entre ouvriers et cadres, selon la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par les segments qui entourent les valeurs.

Lecture > Les ouvriers ont un risque 1,50 fois plus élevé de tomber malade d'une maladie du foie ou du pancréas que les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1243 © DREES

7. La mesure des prévalences, parce qu'elle s'appuie sur des effectifs supérieurs à ceux utilisés dans le calcul de l'incidence, permet d'analyser des populations plus précises (encadré 3).

les maladies cardiovasculaires (rapport de risque de 1,50 contre 1,23 chez les hommes) [Tableau 1]. Elles sont en revanche plus fortes chez les hommes que chez les femmes pour les maladies psychiatriques (3,45 contre 2,42 chez les femmes) les maladies du foie ou du pancréas (2,82 contre 2,43 chez les femmes) et les maladies neurologiques ou dégénératives (1,63 contre 1,42 chez les femmes).

Les ouvriers ont un risque 2,1 fois plus élevé que les cadres de vivre avec une maladie psychiatrique

Le risque de vivre avec une maladie chronique varie aussi en fonction du groupe socioprofessionnel (tableau 2). À âge et sexe comparables, il est plus important chez les ouvriers et les employés que chez les cadres, cancers mis à part.

Comme dans les analyses relatives au niveau de vie, l'écart de prévalence des maladies psychiatriques en fonction de la catégorie socioprofessionnelle est plus important chez les hommes. Concernant le diabète, il est plus fort chez les femmes (tableau complémentaire B).

Par ailleurs, chez ces dernières uniquement, les cadres vivent plus souvent avec un cancer que les artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprises, les employées ou les ouvrières. L'une des explications possibles est que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et qu'il est plus souvent repéré chez les femmes favorisées (Bryere, et al., 2017 ; Chauvin, et al., 2017 ; Dalton, et al., 2008). Cette différence pourrait provenir d'un dépistage plus fréquent chez les cadres que dans les autres professions.

Tableau 1 Risque relatif de vivre avec une maladie chronique pour les plus modestes par rapport aux plus aisés, par sexe et par catégorie de maladie

| Catégorie | Femmes | Hommes |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Cancers | 0,74 [0,72 ; 0,76] | 0,82 [0,80 ; 0,84] |
| Diabète | 3,46 [3,37 ; 3,56] | 1,90 [1,86 ; 1,93] |
| Maladies cardiovasculaires | 1,50 [1,47 ; 1,54] | 1,23 [1,21 ; 1,25] |
| Maladies du foie ou du pancréas | 2,43 [2,27 ; 2,60] | 2,82 [2,67 ; 2,98] |
| Maladies neurologiques ou dégénératives | 1,42 [1,37 ; 1,47] | 1,63 [1,57 ; 1,69] |
| Maladies psychiatriques | 2,42 [2,36 ; 2,49] | 3,45 [3,34 ; 3,56] |
| Maladies respiratoires chroniques | 1,73 [1,69 ; 1,78] | 1,64 [1,60 ; 1,68] |

Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué entre crochets sous la valeur.

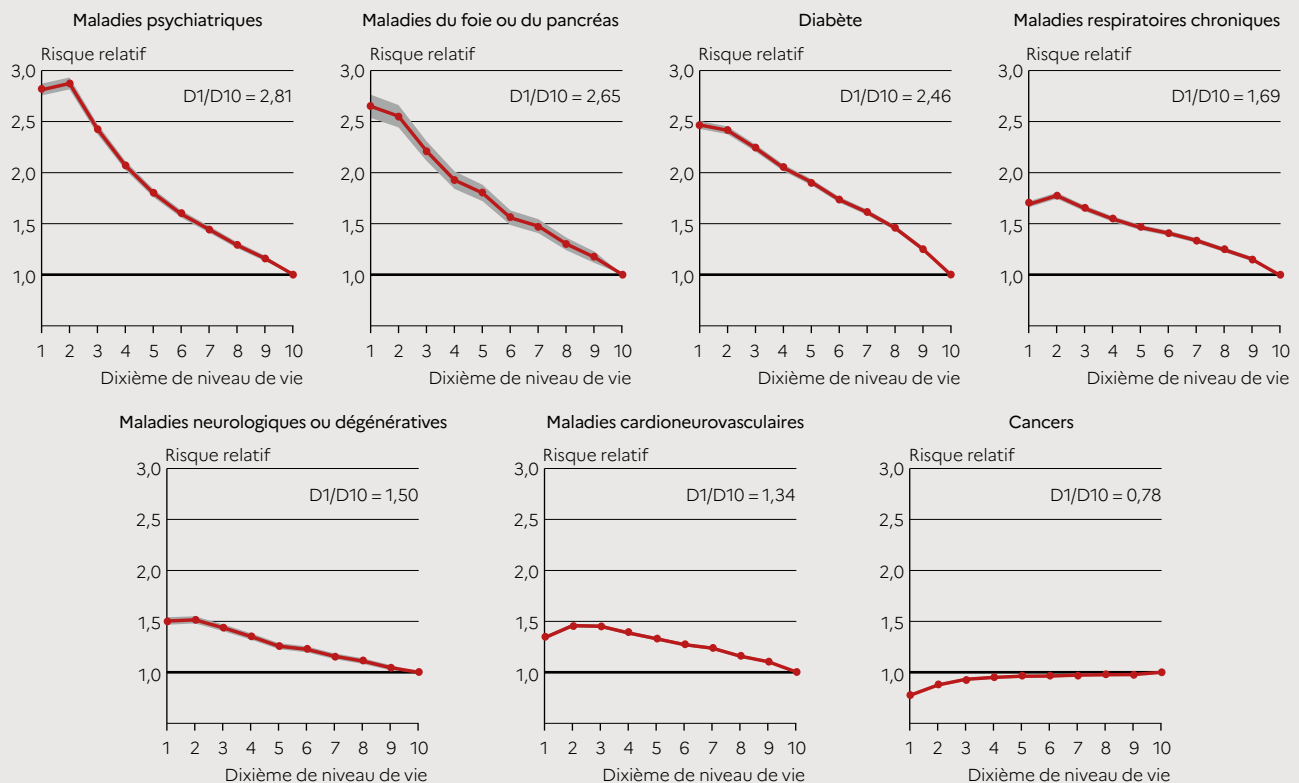
Lecture > Les femmes les plus modestes (premier dixième) ont un risque 3,46 plus élevé de vivre avec un diabète que les femmes les plus aisées (dernier dixième). La vraie valeur se trouve entre 3,37 et 3,56 avec une probabilité de 95 %.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1243 © DREES

Graphique 3 Risque standardisé de vivre avec une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.

La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).

Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,69 fois plus élevé de vivre avec une maladie chronique que celles du dixième le plus élevé.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1243 © DREES

Enfin, chez les agriculteurs, la prévalence des cancers et des maladies du foie et du pancréas est plus faible que chez les cadres, ce qui n'est pas justifié par des écarts significatifs d'incidence (tableau complémentaire A). L'une des explications possibles est que les premiers y survivent moins longtemps que les seconds.

Les maladies chroniques accroissent les inégalités en matière d'espérance de vie

À tous les âges, les personnes atteintes d'une maladie chronique ont un risque de décéder supérieur à celui des personnes non atteintes. Il en est de même pour les personnes les plus modestes

Tableau 2 Prévalence des catégories de maladie par groupe socioprofessionnel, relativement aux cadres

| Catégorie | Agriculteurs exploitants | Artisans, commerçants, chefs d'entreprise | Cadres et professions intellectuelles supérieures | Professions intermédiaires | Employés | Ouvriers |
|---|--------------------------|---|---|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Cancers | 0,85 [0,70 ; 0,99] | 0,89 [0,83 ; 0,95] | 1,00 | 0,99 [0,94 ; 1,05] | 0,93 [0,88 ; 0,98] | 0,86 [0,82 ; 0,91] |
| Diabète | 1,27 [1,17 ; 1,37] | 1,36 [1,27 ; 1,46] | 1,00 | 1,21 [1,14 ; 1,28] | 1,59 [1,50 ; 1,68] | 1,88 [1,78 ; 1,98] |
| Maladies cardiovasculaires | 1,19 [1,13 ; 1,25] | 1,21 [1,15 ; 1,27] | 1,00 | 1,11 [1,06 ; 1,16] | 1,20 [1,15 ; 1,26] | 1,32 [1,26 ; 1,37] |
| Maladies du foie ou du pancréas | 0,73 [0,56 ; 0,90] | 1,26 [0,98 ; 1,54] | 1,00 | 1,17 [0,99 ; 1,34] | 1,40 [1,19 ; 1,61] | 1,57 [1,33 ; 1,80] |
| Maladies neurologiques ou dégénératives | 1,44 [1,12 ; 1,77] | 1,10 [0,97 ; 1,22] | 1,00 | 1,15 [1,03 ; 1,26] | 1,30 [1,18 ; 1,43] | 1,38 [1,25 ; 1,52] |
| Maladies psychiatriques | 1,12 [0,97 ; 1,26] | 1,35 [1,17 ; 1,52] | 1,00 | 1,40 [1,28 ; 1,52] | 1,87 [1,71 ; 2,03] | 2,08 [1,90 ; 2,26] |
| Maladies respiratoires chroniques | 1,18 [1,00 ; 1,35] | 1,22 [1,10 ; 1,35] | 1,00 | 1,14 [1,06 ; 1,22] | 1,33 [1,24 ; 1,41] | 1,46 [1,36 ; 1,56] |

Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué entre crochets sous la valeur.

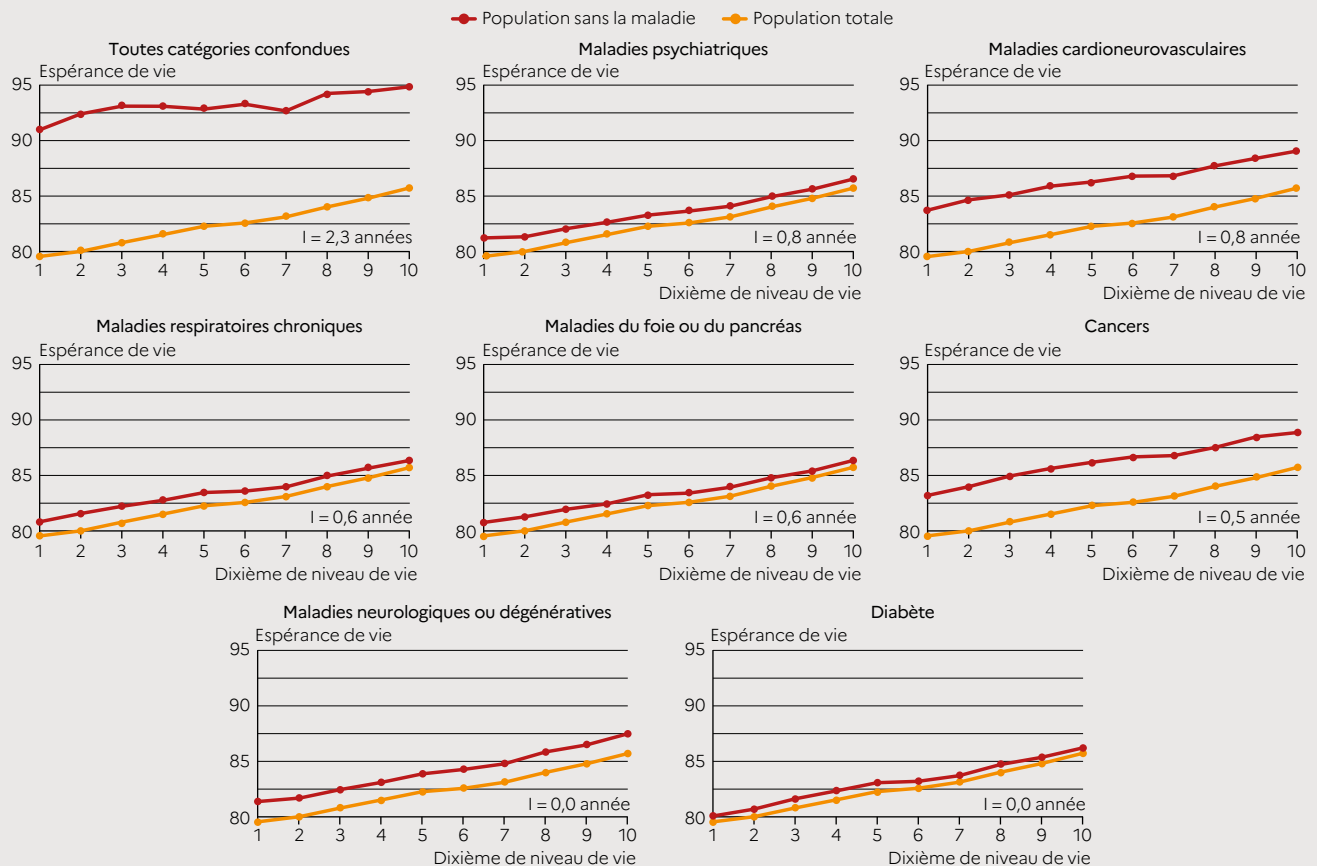
Lecture > Les employés ont un risque 1,59 plus élevé de vivre avec un diabète que les cadres et professions intellectuelles supérieures. La vraie valeur se trouve entre 1,50 et 1,68 avec une probabilité de 95 %.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1243 © DREES

Graphique 4 Inégalités d'espérance de vie dues aux maladies chroniques



Note > La valeur I représente les inégalités d'espérance de vie dues à la maladie, définies comme l'écart entre les inégalités d'espérance de vie dans la population totale (espérance de vie du 10^e dixième - espérance de vie du 1^{er} dixième) et les inégalités d'espérance de vie de la population sans la maladie (espérance de vie du 10^e dixième de la population sans la maladie - espérance de vie du 1^{er} dixième de la population sans la maladie).

Lecture > Les personnes les plus aisées qui n'ont pas de maladie respiratoire chronique ont une espérance de vie de 86,4 ans.

Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).

Source > EDP-Santé 2017.

> Études et Résultats n° 1243 © DREES

par rapport aux personnes les plus aisées (*graphique complémentaire A*). Les deux effets se cumulent de telle sorte qu'une personne modeste atteinte d'une maladie chronique a un risque de décéder relativement élevé.

L'espérance de vie synthétise les conditions de mortalité sur une période et pour une sous-population données. Entre 2016 et 2017, l'espérance de vie estimée à partir de l'échantillon utilisé dans cette étude est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,8 ans pour les hommes (*encadré 2*).

Les maladies chroniques retenues dans cette publication pèsent fortement sur l'espérance de vie. Compte tenu des conditions de mortalité observées, les personnes qui n'en développent aucune vivraient en moyenne beaucoup plus longtemps : 94,6 ans pour les femmes (soit +9,3 ans) et 91,8 ans pour les hommes (soit +12,0 ans). Peu de personnes échappent toutefois à ces maladies aux âges les

plus élevés : 78 % des personnes âgées de 50 à 54 ans n'ont aucune de ces maladies, contre 49 % des personnes âgées de 70 à 74 ans et 25 % des personnes âgées de 90 à 94 ans (*graphique complémentaire B*). Cette forte diminution avec l'âge est en partie due aux maladies cardiovasculaires, qui concernent 51 % des personnes âgées de 90 à 94 ans.

Les maladies chroniques renforcent les inégalités sociales en matière d'espérance de vie⁸. Plus précisément, au sein de la population non atteinte d'une maladie chronique, l'écart d'espérance de vie est de 3,8 ans entre les personnes les plus aisées et les plus modestes. Si l'on considère en plus les personnes malades, cet écart d'espérance de vie est multiplié par 1,6. Il passe à 6,2 ans, soit 2,3 ans de plus (*graphique 4*). Les maladies qui creusent le plus les inégalités en matière d'espérance de vie sont les maladies psychiatriques (+0,8 année) et les maladies cardiovasculaires (+0,8 année). ●

8. Les maladies chroniques creusent les inégalités d'espérance de vie, à la fois *via* les écarts d'incidence de ces maladies selon le niveau de vie (plus de personnes atteintes chaque année parmi les plus modestes) et *via* les différences de mortalité.

Mots clés : Maladie chronique Inégalité sociale Inégalités sociales de santé Niveau de vie Espérance de vie Cancer

Données associées à l'étude : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>

Codes sources : https://gitlab.com/DREES_code/public/etudes/er1243

Pour en savoir plus

- > **Blanpain, N.** (2018). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. *Insee Première*, 1687.
- > **Bryere, J., De Jardin, O., Launay, L., et al.** (2017). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 4, p. 68-77.
- > **Chauvin, P., Lesieur, S., Vuillermoz, C.** (2017). *Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques. Rapport pour l'ARS Île-de-France.*
- > **Dalton, S. O., Schüz, J., Engholm, G., et al.** (2008). Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark: 1994-2003: summary of findings. *European Journal of Cancer*, 44(14).
- > **Dubost, C.-L., Leduc, A.** (2020, octobre). L'EDP - Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. *Les dossiers de la DREES*, 66.
- > **Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)** (2018). Les indicateurs démographiques. Insee, *Sources et méthodes en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES, Santé publique France.
- > **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé publique France** (2017) *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES, Santé publique France.
- > **Menvielle, G., Leclerc, A., Chastang, J.-F., Luce, D.** (2008). Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 33, p. 289-292.
- > **Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)** (2022). *Data pathologies*. Disponible à partir de l'URL : <https://data.ameli.fr> [page consultée le 16 septembre 2022].
- > **Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)** (2021, juillet). *Rapport Charges et produits. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2022*. Paris, France : CNAM.
- > **Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)** (2018). *Méthodologie générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016)*. Paris, France : CNAM.
- > **Wilkinson, R., Marmot, M.** (2004). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits* (2^e édition). Copenhague, Danemark : Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargée d'édition : Laura Dherbecourt
Composition et mise en pages : NDBD
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr