

les écarts sont moins marqués et seules les mobilités « descendantes » se distinguent avec des SMR élevés. Les différences se sont accrues depuis 1975, particulièrement chez les hommes. On constate, d'un côté, une diminution du SMR des cadres avec, en 1999, une « composition » plus avantageuse de cette PCS au regard de la mortalité (moins d'entrées par promotions, plus de stables et de recrues diplômées) ; ce constat est inverse pour les femmes. De l'autre côté, les SMR des sorties d'activité et des déclassements ont augmenté, sans changement structurel notable : mais on observe une surreprésentation des situations de chômage dans ces groupes.

**Conclusion.**— On montre un lien fort entre PCS, mobilités et mortalité, reflétant l'impact des contextes de vie et des expositions au fil des carrières. On conclut à un accroissement des écarts de mortalité entre PCS, du fait de changements structurels de ces catégories et d'évolutions dans les conditions de vie associées.

doi:10.1016/j.respe.2008.06.100

G2-2

### Atténuation des inégalités sociales de mortalité par cancer après 75 ans en France

G. Menvielle, A. Leclerc, J.-F. Chastang, D. Luce  
Inserm U687, IFR 69, Villejuif, France

**Objectif.**— Étudier les inégalités sociales de mortalité par cancer en France chez les personnes âgées de 75 ans et plus

**Méthode.**— Les données sont issues de l'échantillon démographique permanent de l'Insee, un échantillon représentatif de 1 % de la population française, auquel ont été couplées les causes de décès du CépiDc (Inserm). La mortalité entre 1990 et 1999 a été étudiée à l'aide des modèles de Cox en fonction du niveau d'études déclaré au recensement en 1990. La situation sociale a été mesurée à l'aide du niveau d'études. Les inégalités ont été quantifiées de manière relative (risque relatif [RR]) et absolue (différence de taux de mortalité). La contribution des différentes causes de décès aux inégalités sociales absolues de mortalité a été calculée.

**Résultats.**— Les inégalités sociales relatives de mortalité par cancer diminuent avec l'âge. Elles se maintiennent chez les hommes âgés de plus de 75 ans ( $RR_{\text{sans diplôme/bac et +}} = 1,30$ ; IC 95 % : 1,14–1,48), alors qu'aucune association entre niveau d'études et mortalité par cancer n'est plus observée chez les femmes de cet âge ( $RR_{\text{sans diplôme/bac et +}} = 1,08$ ; 0,90–1,30). Les inégalités sociales absolues de mortalité par cancer augmentent avec l'âge. En revanche, la contribution de la mortalité par cancer aux inégalités sociales absolues de mortalité chute chez les hommes de 42 % entre 45 et 59 ans à 17 % après 75 ans et chez les femmes de 31 % entre 45 et 59 ans à 5 % après 75 ans.

**Conclusion.**— Le cancer, qui contribue de façon importante aux inégalités sociales observées pour la mortalité prématurée, devient beaucoup plus marginal dans des populations plus âgées. Dans ces groupes, ce sont les maladies cardiovasculaires qui contribuent très fortement aux inégalités sociales de mortalité. Ce résultat est important pour orienter les politiques de santé publique dans le contexte actuel de vieillissement de la population.

doi:10.1016/j.respe.2008.06.101

G2-3

### Construction et validité d'un indice géographique de précarité applicable à l'échelon infracommunal

C. Pomet, F. Morlais, O. Dejardin, V. Bouvier, G. Launoy  
Unité de recherche et d'évaluation en épidémiologie, ERI3 Inserm « cancers et populations », université de Caen, Caen, France

**Objectif.**— De nombreux travaux ont mis en évidence des disparités sociales en matière de santé. Les données sociales individuelles recueillies en routine étant insuffisantes, peuvent être substituées par des données socioéconomiques agrégées à un niveau géographique suffisamment précis. À notre connaissance, il n'existe pas d'indice de précarité français construit sur une base géographique infracommunale. Les objectifs de cette étude sont de construire un indice de précarité de résolution fine et d'évaluer ses qualités métriques.

**Méthode.**— Les données sont celles des îlots regroupés pour l'information statistique du Calvados, plus petites unités statistiques pour lesquelles les données du recensement de 1999 de l'Insee sont disponibles. La revue de la littérature a

sélectionné six variables synthétisant les différentes dimensions de la précarité : emploi, éducation, logement, possession de biens, isolement social, hygiène. L'indice est construit par analyse en composantes principales. Sa fiabilité, sa validité sont testées ainsi que sa corrélation avec deux indices de référence, les indices de Townsend et de Carstairs.

**Résultats.**— L'analyse en composantes principales identifie deux composantes (CP1, CP2), expliquant 73 % de l'inertie totale (45 % par CP1) et deux typologies de variables, chacune d'elle étant bien représentée par un axe factoriel. Notre indice se base sur l'addition des coordonnées des projections des individus sur les deux axes, pondérée par les valeurs propres de chaque composante. La fiabilité est bonne (coefficient alpha de Cronbach égal à 0,82 pour CP1 ; 0,79 pour CP2) ainsi que la validité de contenu (les variables explorant les différentes dimensions de la précarité ; fortes corrélations axe–variables toutes supérieures à 0,70) et de construction (corrélations avec les indices de référence égales à 0,77).

**Conclusion.**— Bien que cet indice soit fortement corrélé aux indices de référence, il s'en distingue en introduisant la notion d'hygiène explorant plus complètement la précarité dans toutes ses dimensions.

doi:10.1016/j.respe.2008.06.102

G2-4

### Association spatiale entre indicateur de désavantage social et mortalité

G. Rey<sup>a</sup>, E. Jouglan<sup>a</sup>, D. Hémon<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Inserm, CépiDc, IFR69, Le Vésinet, France

<sup>b</sup> Inserm, U754, université Paris-Sud-11, IFR69, Villejuif, France

**Objectifs.**— Cette étude a pour objectif de définir un indicateur écologique de désavantage social (intitulé aussi « défavorisation ») et d'évaluer l'association entre la mortalité et cet indicateur sur l'ensemble de la France métropolitaine. Plus spécifiquement, il s'agit de mettre en évidence les déterminants spatiaux qui influencent cette relation et de décrire les variations de cette association par sexe, âge et cause de décès.

**Méthode.**— L'indicateur de désavantage social a été défini à l'échelle communale comme la première composante principale d'une analyse factorielle de quatre variables standardisées : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les sujets de plus de 15 ans, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian par foyer. L'association à l'échelle des communes entre défavorisation et mortalité est étudiée selon l'âge, le sexe, la cause de décès, la tranche d'unité urbaine et la région sur la période 1997 à 2001.

**Résultats.**— L'indicateur de défavorisation est positivement et quasi linéairement associé au niveau de mortalité, le ratio de mortalité standardisé (SMR) étant de 25 % plus élevé pour les communes du cinquième quintile de défavorisation par rapport aux communes du premier quintile. L'association entre défavorisation et mortalité se retrouve aussi bien au sein de chaque tranche d'unité urbaine et de chaque région qu'entre les régions de France métropolitaine. Elle est positive pour la totalité des catégories étudiées, plus forte pour les sujets de moins de 65 ans, les hommes et pour la mortalité « évitable ».

**Conclusion.**— La méthode de construction proposée permet de résumer, dans un sens cohérent de désavantage social, l'hétérogénéité socioéconomique du territoire sans lien a priori avec la mortalité. Les résultats confirment que l'hétérogénéité spatiale du niveau socioéconomique doit être prise en compte lors d'analyse écologique de mortalité, et ce, quelles que soient les pathologies et les échelles géographiques considérées.

doi:10.1016/j.respe.2008.06.103