



AgEcon SEARCH

RESEARCH IN AGRICULTURAL & APPLIED ECONOMICS

The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search

<http://ageconsearch.umn.edu>

aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

No endorsement of AgEcon Search or its fundraising activities by the author(s) of the following work or their employer(s) is intended or implied.

Les paysans, la santé et la mort

J.-L. Brangeon, Monsieur Guenhaël Jégouzo

Citer ce document / Cite this document :

Brangeon J.-L., Jégouzo Guenhaël. Les paysans, la santé et la mort. In: Économie rurale. N°122, 1977. pp. 23-30;

doi : <https://doi.org/10.3406/ecoru.1977.2519>

https://www.persee.fr/doc/ecoru_0013-0559_1977_num_122_1_2519

Fichier pdf généré le 08/05/2018

Résumé

Cette note présente les enseignements des données les plus récentes sur la santé et la mortalité en milieu agricole. En moyenne - la situation respective des petits, moyens et gros paysans n'est pas connue - et par comparaison avec l'ensemble de la population, les paysans continuent à se soigner moins, sont sans doute en moins bonne santé ; ils meurent cependant moins vite. Ces constatations ne manquent pas de paraître paradoxales mais il s'agit de domaines où la quantification et l'interprétation sont particulièrement délicates comme notre étude le montre. Par exemple, est-on en mauvaise santé parce que paysan, ou devient-on paysan parce que l'on est en mauvaise santé ? Quant aux ouvriers agricoles, ils font partie dans ces domaines, comme dans bien d'autres, des plus défavorisés. Leurs enfants meurent encore plus souvent avant un an qu'en moyenne, contrairement aux enfants d'agriculteurs.

Abstract

Farmers, health and death - This note presents the conclusions to be drawn from the most recent data concerning health and the death rate in farming. On average - the respective position of small average and big farmers is not known - and in comparison with the whole of the population, farmers still take less care of their health, and are no doubt in less good health ; but they do not die as easily. These conclusions may well seem paradoxical but these are fields where it is particularly difficult to quantify and interpret as one study shows. In example ; is one in bad health because one is a farmer or does one become a farmer because one is in bad health ?

As for the farm labourers, in this fields as in many others, they belong to the most under privileged. Their children die more often than the average before they are 12 months old, unlike farmers' children.

LES PAYSANS, LA SANTÉ ET LA MORT

J.-L. BRANGEON et G. JÉGOUZO

INRA, Station d'Economie Rurale de Rennes

Cette note présente les enseignements des données les plus récentes sur la santé et la mortalité en milieu agricole. En moyenne - la situation respective des petits, moyens et gros paysans n'est pas connue - et par comparaison avec l'ensemble de la population, les paysans continuent à se soigner moins, sont sans doute en moins bonne santé ; ils meurent cependant moins vite. Ces constatations ne manquent pas de paraître paradoxales mais il s'agit de domaines où la quantification et l'interprétation sont particulièrement délicates comme notre étude le montre. Par exemple, est-on en mauvaise santé parce que paysan, ou devient-on paysan parce que l'on est en mauvaise santé ?

Quant aux ouvriers agricoles, ils font partie dans ces domaines, comme dans bien d'autres, des plus défavorisés. Leurs enfants meurent encore plus souvent avant un an qu'en moyenne, contrairement aux enfants d'agriculteurs.

FARMERS, HEALTH AND DEATH

This note presents the conclusions to be drawn from the most recent data concerning health and the death rate in farming. On average - the respective position of small average and big farmers is not known - and in comparison with the whole of the population, farmers still take less care of their health, and are no doubt in less good health ; but they do not die as easily. These conclusions may well seem paradoxical but these are fields where it is particularly difficult to quantify and interpret as one study shows. In example ; is one in bad health because one is a farmer or does one become a farmer because one is in bad health ?

As for the farm labourers, in this fields as in many others, they belong to the most under privileged. Their children die more often than the average before they are 12 months old, unlike farmers' children.

La probabilité d'être en bonne santé, l'accès aux soins en cas de maladie, la durée elle-même de la vie ne sont pas les mêmes selon les catégories sociales. Quelle est à cet égard la situation des agriculteurs ?

Beaucoup pensent que la campagne forme un milieu plus sain que la ville. D'autres insistent sur les risques sanitaires que comporte le vaste mouvement de modernisation de l'agriculture : risques toxiques du fait notamment de la diffusion de produits chimiques anti-parasitaires, de l'augmentation de leur emploi et de l'accroissement de leur toxicité ; risques d'accidents du travail en relation avec le développement du machinisme agricole. Enfin, certains soutiennent la thèse d'une détérioration des conditions de travail dans les exploitations d'élevage intensif, qui entraînerait une usure et un vieillissement prématurés des travailleurs de ce secteur agricole.

Que sait-on de la santé des paysans et de leur espérance de vie ? Si la comparaison des niveaux de vie et des conditions de vie selon les catégories sociales est souvent défavorable aux agriculteurs, en est-il encore ainsi en matière de morbidité et de mortalité ? On ne peut actuellement fournir que des réponses très gros-

sières à ces questions (1) car la morbidité est mal connue et les enquêtes sur l'accès aux soins et sur la mortalité ne font aucune distinction économique entre les diverses catégories de paysans. Il faut se contenter de quelques moyennes statistiques bien que celles-ci risquent de n'avoir qu'une signification bien réduite ; il faut renoncer à savoir si les petits, moyens et gros paysans ont des chances inégales d'être en bonne santé, de bien se soigner et de vivre longtemps. La situation moyenne agricole est cependant utile à connaître si on ne perd pas de vue que bien des familles risquent de se trouver dans une position bien inférieure.

Pour certains domaines tels que la fréquence des soins et la mortalité infantile, l'évolution au cours de la période récente est connue. Les changements constatés peuvent être liés pour partie aux modifications de la structure interne de la population agricole.

(1) La présente note vise à actualiser et à compléter des premières analyses parues dans :

— SEIBEL C., JÉGOUZO G., Démographie descriptive et prévisionnelle du milieu agricole, *Etudes rurales*, n° 13-14, 1964, pp. 9-45.

— BRANGEON J.-L., JÉGOUZO G., *La pauvreté en agriculture*, INRA, station d'économie rurale de Rennes, décembre 1972, pp. 61-68.

Une première version du texte ici présenté a été insérée dans une publication de l'INRA, *Etudes de la situation sociale des paysans*, Station d'économie rurale de Rennes, février 1976, pp. 95-110.

I. — EN MOYENNE, LES PAYSANS SE SOIGNENT MOINS QUE LA PLUPART DES AUTRES GROUPES SOCIAUX

C'est ce qu'indique la dernière enquête sur la consommation médicale (1970) (2). Celle-ci-ci évalue plus précisément la consommation médicale dite « de ville », c'est-à-dire les biens et services dispensés aux malades ambulatoires ou soignés à leur domicile, à l'exclusion des biens et services dispensés aux personnes hospitalisées.

A âge égal, les agriculteurs sont, avec les salariés agricoles, ceux qui dépendent le moins pour se soigner ; l'écart par rapport à la moyenne de l'ensemble des ménages est de 22 % pour les premiers et de 32 % pour les seconds (3). La consommation médicale des paysans ne représente que 59 % de celle des cadres supérieurs et professions libérales. D'après les rapporteurs de l'enquête, les exploitants agricoles feraient aussi partie de ceux qui ont les taux d'hospitalisation les plus bas.

La moindre dépense est liée à une moindre fréquence et une moindre qualité des soins. Le nombre annuel de séances de soins par personne, que ce soit chez le médecin, le dentiste ou le masseur, est toujours inférieur pour les agriculteurs et leurs ouvriers, par rapport à la moyenne générale. S'il y a des écarts pour toutes les catégories d'actes, les différences sont les plus marquées pour les consultations de spécialistes.

La sous-consommation de soins médicaux existe aussi pour les anciens agriculteurs par rapport aux autres catégories de retraités. Elle porte tout particulièrement sur les soins de spécialistes (le nombre annuel moyen de séances pour les anciens agriculteurs n'est que de 37 % de celui de l'ensemble des anciens actifs en 1970) et pour les soins dentaires (écart de moitié) (4).

La disparité dans le volume et la qualité des soins, qui est encore importante au cours de la période récente, a-t-elle tout au moins tendance à se réduire ? La précédente enquête de consommation médicale remonte à 1960 (5), année précédant celle de la création de l'assurance maladie obligatoire pour les exploitants agricoles. Le nombre de séances de soins médicaux, par personne et par an, serait passé en dix ans de 2,41

à 2,79 chez les agriculteurs — et de 1,96 à 2,35 chez les salariés agricoles — ce qui représente une progression plus rapide que dans l'ensemble des ménages (3,55 et 3,66). La réduction de l'écart résulterait surtout d'un recours accru à la médecine générale.

Malgré son augmentation, la consommation médicale est certainement inégale au sein du milieu agricole (6).

Quelle est la santé des agriculteurs ?

Se soignant encore moins et moins bien que les autres groupes sociaux, les familles agricoles se portent-elles moins bien ? Ou inversement leur consommation médicale est-elle plus faible parce que leur santé est meilleure ? L'enquête ne permet pas de le déterminer puisqu'il n'y a pas nécessairement maladie chaque fois qu'il y a séance de soin et qu'il n'y a pas nécessairement intervention du médecin chaque fois qu'il y a maladie.

Trois hypothèses sont envisageables : la santé des paysans est meilleure, aussi bonne ou moins bonne qu'en moyenne. Aucune de ces hypothèses n'est incompatible avec les statistiques précédentes. Il n'est pas exclu que les familles paysannes aient une morbidité plus élevée ; tout au moins les résultats de plusieurs enquêtes vont dans ce sens, qu'il s'agisse de la morbidité ressentie par les personnes interrogées (7) ou de celle mesurée par des médecins (8). Telle étude médicale qui compare sous l'angle de la pathologie les diverses catégories sociales d'une commune rurale, conclut : « les cultivateurs et leurs femmes constituent le groupe dont l'état de santé est nettement le plus mauvais » (9). Quant aux examens psychotechniques effectués dans les centres de sélection de l'armée, ils indiquent que les fils d'agriculteurs restés à la terre ont un état de santé moins bon que celui de l'ensemble du contingent, les salariés agricoles étant les plus défavorisés des jeunes agriculteurs (10). Ces examens révèlent aussi que les fils d'exploitants agricoles ont vers l'âge de 20 ans une santé meilleure, en moyenne, quand ils ont pris un emploi non agricole que quand ils ont choisi de travailler dans l'agriculture.

(2) LECOMTE Th., MIZRAHI A. et A., Diffusion des consommations médicales de ville dans la population en 1970, *Consommation*, juil.-sept. 1974, pp. 31-80. Cette enquête mesure le débours (somme versée directement par le consommateur au producteur) et non pas la dépense totale des soins, les paiements effectués par des tiers (« tiers payant ») n'étant pas pris en compte. On ignore dans quelle mesure l'écart entre dépense totale et débours varie selon les catégories sociales.

(3) Selon une analyse plus détaillée, la disparité de dépense est moins forte pour les femmes d'agriculteurs et est nulle pour les enfants âgés de moins de deux ans. Source : ZOUAOUI A., MIZRAHI A. et A., *Prix et facteurs explicatifs de la consommation médicale en milieu agricole d'après l'enquête de 1970 sur les consommations médicales*, CREDOC, ronéo, octobre 1976.

(4) *Données sociales*, édition 1974, p. 215.

(5) RÜSCH G., REMPP J.-M. et MAGDELAIN M., une enquête par sondage sur la consommation médicale, *Consommation*, janv.-mars 1962, pp. 3-84.

(6) Voir notre étude : L'évolution des revenus sociaux en agriculture, in *Etudes de la situation sociale des paysans*, doc. cit., pp. 69-94 et pp. 83-84.

(7) En 1975, les agricultrices et salariées agricoles (distinction non faite mais il y a très peu de salariées agricoles), âgées de 18 ans et plus, font partie avec les ouvrières, des catégories d'actives qui se déclarent le moins souvent en bonne santé (79,9 % contre 92,2 % chez les professions libérales et cadres). Source : enquête sur la femme et la santé réalisée par la Société Images et chiffres à la demande du Club européen de la santé ; les résultats sont fournis sans distinction d'âge.

(8) Les difficiles problèmes de définition et de mesure de la santé sont évoqués par DUPUY J.-P., *Relations entre dépenses de santé, mortalité et morbidité CEREBE*, ronéo, avril 1973.

(9) Source : enquête médicale faite en 1962-1964 auprès de 516 adultes et personnes âgées ; les comparaisons sont faites en principe à âge égal (les 45-64 ans et les 65 ans et plus pour la pathologie). Voir BOURLIÈRE F., CENDRON H., CLEMENT F., *Le vieillissement individuel dans une population rurale française (étude de la commune de Plözévet, Finistère)*, *Cahiers du Centre de Recherches Anthropologiques*, n° 5, 1966, pp. 41 à 101 ; p. 93.

(10) Voici les résultats pour les recrues de la 3^{me} tranche du contingent 1970 : 45 % des jeunes agriculteurs contre 49 % dans l'ensemble des jeunes sont en très bonne santé (catégories 1 et 2) ; à l'opposé 24 % des premiers contre 17 % des seconds sont inaptes au service national.

Dès lors dans quelle mesure est-on en moins bonne santé parce que paysan ou dans quelle mesure est-on paysan parce qu'en moins bonne santé ? (11)

Nombreux sont les facteurs liés à la situation sociale qui déterminent la morbidité. Ainsi la nécessité de se soigner peut-elle être consécutive à une maladie professionnelle ou à un accident du travail ; selon de premières estimations, les risques en ces domaines sont importants en agriculture (12).

Quelles sont, pour les agriculteurs, les conditions d'accès aux soins ?

La disparité de consommation médicale peut résulter d'une inégalité dans l'accessibilité à la santé. L'appareil de soins est effectivement souvent plus éloigné pour les paysans et il semble que le surcoût lié à la distance et à la dispersion ne soit pas toujours compensé (13).

Le ticket modérateur à la charge de l'assuré qui n'est pas, sauf exception, différencié selon le niveau de ressources du malade, peut aussi contribuer à réduire la demande de soins de certaines catégories d'agriculteurs. C'est en effet parmi les exploitants agricoles, et leurs salariés, que le pourcentage de mutualistes est le plus faible (36 % et 29 % en 1970) (14). Or, la consommation médicale est plus forte lorsqu'il y a une mutuelle quel que soit le régime de sécurité sociale, y compris celui des exploitants agricoles (15).

Fait sans doute encore plus important, tout au moins pour des personnes actives, s'arrêter de travailler pour se soigner peut entraîner un manque à gagner

élevé : le paysan, en tant que travailleur indépendant, non seulement ne perçoit pas d'indemnité pour interruption d'activité, mais il peut se trouver contraint de se faire remplacer par un salarié. Si ce remplaçant n'a pas la même productivité que l'agriculteur malade (16), il y a encore un facteur supplémentaire d'accroissement du coût de la maladie. Les conséquences de ces surcoûts sont évidemment très différentes selon le niveau des ressources familiales. En petite agriculture quand l'argent manque, en moyenne agriculture quand la production est très intense, l'endettement élevé et que l'entraide bénévole n'existe pas, le paysan et sa femme attendent d'être très malades pour faire appel au médecin et/ou s'aliter (17).

Toutes ces raisons concourent au moins à affaiblir en milieu agricole le seuil de sensibilité à la maladie (18). Traditionnellement ce seuil est bas et bien des paysans se soignent par eux-mêmes. L'auto-médication a reculé, mais semble encore relativement importante, depuis l'extension de l'assurance-maladie à la population agricole. De toute façon rendre gratuit un examen annuel de santé, dans un but de prévention, ne suffit pas à en généraliser la pratique comme le montre l'expérience récente de la Mutualité Sociale Agricole.

Les catégories sociales qui se soignent le plus, vivent en moyenne plus longtemps. L'exception la plus notable est celle des agriculteurs dont la situation à cet égard est paradoxale : malgré leur sous-consommation médicale et malgré une morbidité peut-être plus élevée, ils ont une durée de vie relativement longue (19). Tout autre est la situation des salariés agricoles.

II. — EN MOYENNE, LES PAYSANS ONT UNE ESPERANCE DE VIE SUPERIEURE A LA MOYENNE GENERALE DE LA POPULATION

Dans l'intervalle compris entre 35 et 75 ans, l'espérance de vie, à chaque âge, est plus élevée chez les agriculteurs que dans l'ensemble de la population (20). Ceci se vérifie à la fois pour les hommes et les femmes. La situation paysanne n'apparaît aussi bonne pour aucun autre critère de condition d'existence. Bien qu'en moyenne, ils aient un revenu faible, une consom-

mation réduite, un logement peu confortable, bien que leur niveau culturel soit l'un des plus bas (21), bien qu'ayant des familles plus nombreuses, bien que le taux de célibat masculin soit élevé à la campagne et que les célibataires meurent plus vite que les personnes mariées toutes choses égales par ailleurs, les agriculteurs vivent relativement longtemps.

(11) Une étude comparative du vieillissement chez des migrants et des non-migrants conduit, elle aussi, à souligner le caractère sélectif de la mobilité géographique à longue distance à partir d'une commune rurale. Voir CLEMENT F., Migration et vieillissement, *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, n° 1, de 1972, pp. 78-81.

(12) Voir « Etudes de la situation sociale des paysans », pp. 101-102.

(13) Voir « Etudes de la situation sociale des paysans », pp. 102-103.

(14) Source : *Economie et Statistique*, n° 64, février 1975, p. 39 (Les modes de protection médicale en 1970, pp. 35-40).

(15) Source : résultats de l'enquête de 1970, article précité de la revue *Consommation*, p. 78. Sur ce point aussi, il est difficile d'établir où est la cause et où est l'effet. De toute façon, il faut tenir compte du coût de l'adhésion à une mutuelle.

(16) Par exemple une connaissance insuffisante du troupeau peut entraîner la maladie ou la mort de quelques bêtes.

(17) Généralement on considère que le niveau de consommation médicale est faiblement lié au niveau de revenu, tout au moins au-delà de certains seuils de ressources. Mais les analyses effectuées jusqu'à présent en économie médicale restent bien trop globales (ou reposent sur des informations trop incertaines quant au montant du revenu par

personne), pour conclure sur les conditions économiques, en milieu agricole, de l'accès aux soins. Notons au moins que la consommation médicale des familles paysannes a augmenté plus vite que celle d'autres catégories sociales après la création en 1961 de l'AMEXA.

(18) Pour des développements sur les processus de détermination sociale de l'attitude devant la maladie, se reporter à BOLTANSKI L., Les usages sociaux du corps, *Annales*, n° 1 de 1971, pp. 205-223.

(19) La comparaison hommes-femmes, indépendamment du milieu social, montre que les femmes meurent moins vite que les hommes bien qu'elles se déclarent plus malades ; mais elles se soignent plus. En tout état de cause, la mortalité dépend de bien d'autres facteurs que la consommation médicale.

(20) Source : enquête faite par l'INSEE depuis 1955. Les derniers résultats connus (ceux de la période 1955-71 ont été publiés par DES-PLANQUES Guy, dans le numéro D 44 des Collections de l'INSEE, avril 1976 (la mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971), de mortalité selon les milieux sociaux. La catégorie socio-professionnelle II s'agit de la première grande enquête faite en France sur les différences est celle occupée au recensement de 1954.

(21) Selon des observations faites aux Etats-Unis, le taux de mortalité est corrélé négativement avec l'éducation mais positivement avec le revenu ; voir DUPUY J.-P., op. cit. pp. 43-44.

Pour apprécier la portée de cette constatation, plusieurs remarques sont nécessaires :

— La mortalité adulte est un domaine où les écarts entre milieux sociaux restent faibles en valeur absolue.

— L'enquête qui établit les résultats précédents porte sur une population âgée de 30 à 70 ans au 1^{er} janvier 1955, c'est-à-dire sur des générations relativement anciennes (1885 à 1925). Dans les générations postérieures, la position moyenne des agriculteurs est-elle restée aussi favorable ?

— Les paysans ne font pas partie des groupes sociaux qui meurent le plus tard. Mais ils vivent plus longtemps que les contremaîtres, les artisans et commerçants et les employés. Ils se distinguent très nettement des salariés agricoles qui meurent plus vite que la moyenne.

— La position relative des agriculteurs par rapport à l'ensemble des ménages apparaîtrait encore meilleure s'il était tenu compte de catégories non couvertes par l'enquête (étrangers, militaires) dont la mortalité est élevée.

— La mortalité des agriculteurs varie assez peu selon les régions, à l'exception de la Bretagne et de la Basse-Normandie qui connaissent une surmortalité masculine adulte ; celle-ci n'est pas propre à la population agricole, au moins en Bretagne (22).

— Quand la durée de vie est plus longue, qu'en est-il de la qualité de vie ? Les conditions d'existence des personnes âgées comme les conditions de vieillissement peuvent varier beaucoup selon les milieux sociaux. Selon quelques enquêtes partielles, il semblerait qu'au-delà de 65 ans, les citadins soient en meilleur état de santé que les ruraux, que les déficits sensoriels soient moins importants chez les premiers que chez les seconds (23).

Bien que la répartition statistique des décès selon leurs causes soit très incertaine, la comparaison selon les groupes sociaux permet de déterminer quels sont les risques auxquels la population agricole est, proportionnellement, plus ou moins exposée (24). Les exploitants agricoles s'éloignent le plus de la moyenne de la population totale pour la tuberculose, la coronarite et les autres maladies cardiaques ainsi que pour l'alcoolisme. Le risque de mort par accident (de travail, de circulation...) est proportionnellement beaucoup moins important que chez les diverses catégories d'ouvriers mais il est relativement élevé pour les salariés agricoles.

Le suicide est — ou paraît être — relativement fréquent dans les campagnes, aussi bien chez les exploitants que chez les salariés agricoles. Le quotient annuel de mortalité par suicide (pour 100.000 personnes) est,

(22) Données communiquées par DESPLANQUES G., INSEE.

(23) CLEMENT F. et AL., Problèmes de vieillissement en milieu rural : étude comparative des conditions de vie et de l'état de santé de sujets âgés à la campagne et en ville, *Cahiers de la Fondation nationale de gérontologie*, n° 3, 1973.

(24) Source : INSEE, document cité de 1976, p. 61. Il s'agit des causes de décès de la période 1956-1971 pour les hommes âgés de 45 à 54 ans.

à 45-54 ans, de 63 pour les paysans et de 89 pour leurs ouvriers contre 45 pour l'ensemble de la population.

La baisse de la mortalité des enfants de paysans

La mortalité des enfants d'agriculteurs exploitants est évaluée chaque année, par l'INSEE, depuis 1955 (25). Depuis lors, l'évolution a été plus favorable en milieu agricole que dans l'ensemble de la population. Alors que le taux agricole restait légèrement supérieur à la moyenne dans les générations 1956-1960 (31,2 ‰ contre 29,6 ‰), il est devenu égal dans les générations 1961-1965 et inférieur dans les générations 1966-1970 (18,7 ‰ contre 18,9 ‰ et 1970-1971 (15,2 ‰ contre 15,9 ‰) (26) (27). Il ne semble pas qu'il y ait un autre domaine où la situation sociale agricole ait non seulement comblé son retard mais soit devenue meilleure que la moyenne générale. Déjà, dans les années 1960, la mortalité post-natale (du 2^e au 12^e mois) était plus faible en milieu agricole que dans la population totale ; la mortalité néo-natale a comparativement baissé plus vite à la campagne, ce qui résulte peut-être, en partie, de la diminution des accouchements à domicile.

Dorénavant, les enfants de paysans meurent légèrement moins que ceux d'ouvriers qualifiés et de contremaîtres mais il y a encore un retard par rapport aux enfants d'employés.

La baisse de la mortalité infantile a été très importante aussi dans les familles de salariés agricoles. Celles-ci continuent cependant à faire partie des groupes où les enfants meurent le plus avant un an (23,9 ‰ pour les générations 1966-1970).

Les progrès constatés dans l'ensemble des familles d'exploitants agricoles ont-ils été, eux aussi, plus limités dans certaines régions ? La mortalité des enfants d'agriculteurs nés en 1959-1960 était très inégale géographiquement : elle était plus faible dans le bassin parisien que dans l'ensemble de l'agriculture française (taux de 21 à 24 ‰ contre 27,5 ‰) et plus forte dans d'autres régions (en Bretagne surtout : 36 ‰, soit un taux proche de celui des familles de manœuvres dans la France entière) (28). A l'intérieur même des régions, des différences importantes pouvaient séparer les divers départements (29).

(25) Statistique de la mortalité infantile (avant 1 an) des enfants légitimes nés vivants, selon la catégorie socio-professionnelle du père. La première étude des différences de mortalité infantile selon les milieux sociaux a été faite pour les générations 1950-1951 mais, dans les résultats publiés, la catégorie des « agriculteurs exploitants » n'avait pas été séparée de celle des « salariés agricoles ».

(26) GERARD M.C., et HEMERY S., La mortalité infantile en France suivant le milieu social, *Economie et Statistique*, n° 48, septembre 1973, pp. 33-41 ; p. 38.

(27) DINH O.C., HEMERY S., Disparités régionales de la mortalité infantile, *Economie et Statistique*, n° 85, janvier 1977, pp. 3-12 et pp. 10-11.

(28) CROZE M., La mortalité infantile en France selon le milieu social, *Etudes Statistiques*, juil.-sept. 1963, pp. 163-172 ; p. 171.

(29) Soit le cas des enfants d'agriculteurs exploitants nés entre 1962 et 1967 en Bretagne : le taux de mortalité infantile est compris entre 19,5 p. 1000 (Ile-et-Vilaine) et 26,9 p. 1000 (Morbihan). Source : Direction de Rennes de l'I.N.S.E.E., La mortalité infantile dans la région de Bretagne, avril 1970, pp. 13 et 16.

Selon les dernières données connues (générations 1970 à 1972) (30), la réduction de la mortalité infantile a été à peu près partout importante en milieu agricole, mais elle l'a été inégalement selon les régions et ce ne sont pas toujours les zones les plus en retard qui ont accompli les progrès les plus rapides. Les taux s'échelonnent dorénavant entre environ 10 ‰ (Nord) et 20 ‰

(30) Source : DINH O.C., HEMERY S., article cité. Du fait de la faiblesse des effectifs concernés (qui oblige même à exclure la région parisienne), les tendances relevées doivent être considérées comme des résultats provisoires.

(Auvergne); le minimum des années 1959-1960 est devenu le maximum des années 1970-1972. L'évolution a été telle en une quinzaine d'années que maintenant le taux agricole est le plus souvent inférieur au taux de la population totale; cependant la situation est inverse dans sept régions (cf. encadré). La disparité entre le milieu agricole et l'ensemble des catégories sociales est en réalité très variable géographiquement puisque l'indice va de - 50 % (Nord) à + 19 % (Auvergne).

**LA MORTALITE INFANTILE EST DEVENUE PLUS FAIBLE EN MILIEU PAYSAN
QUE DANS L'ENSEMBLE DE LA POPULATION**

Rapport de la mortalité infantile dans les familles d'agriculteurs exploitants
à la mortalité infantile dans l'ensemble de la population :

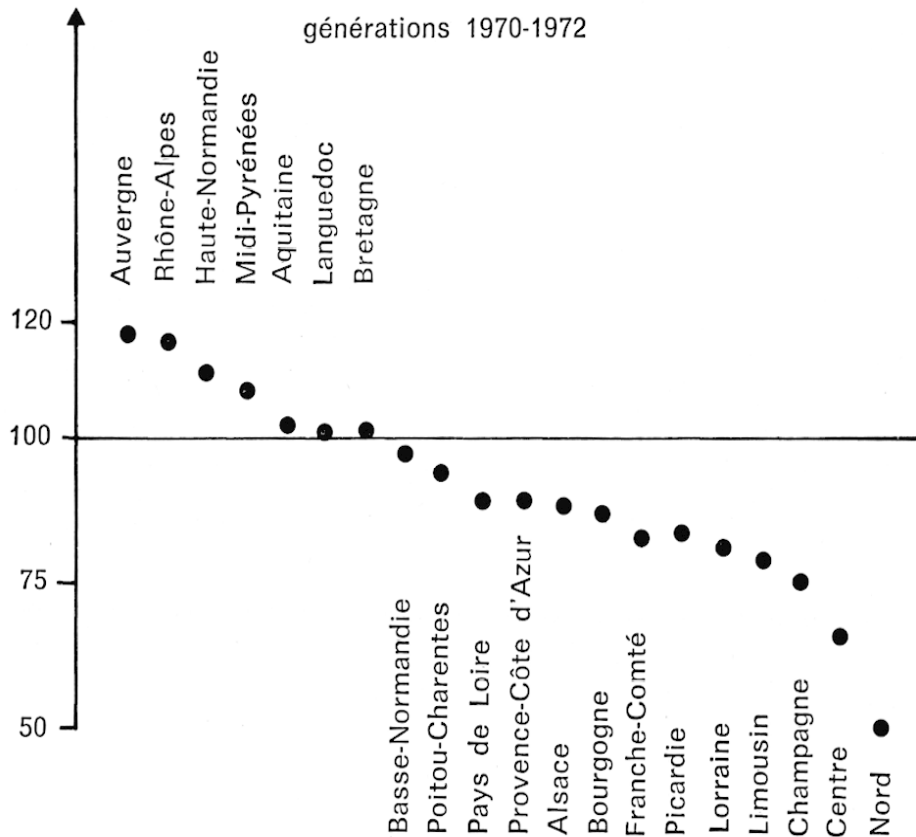
1. la situation moyenne dans la France entière

(indice base 100 pour l'ensemble de la population française)

- générations 1956-1960 : 105
- générations 1961-1965 : 100
- générations 1966-1970 : 99
- générations 1970-1972 : 96

2. la diversité des situations régionales

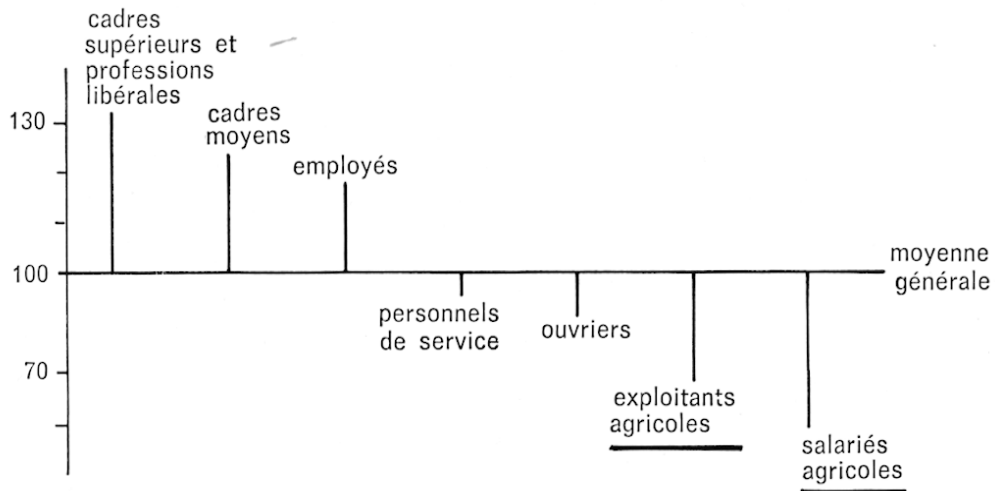
(indice base 100 pour l'ensemble de la population de chaque région)



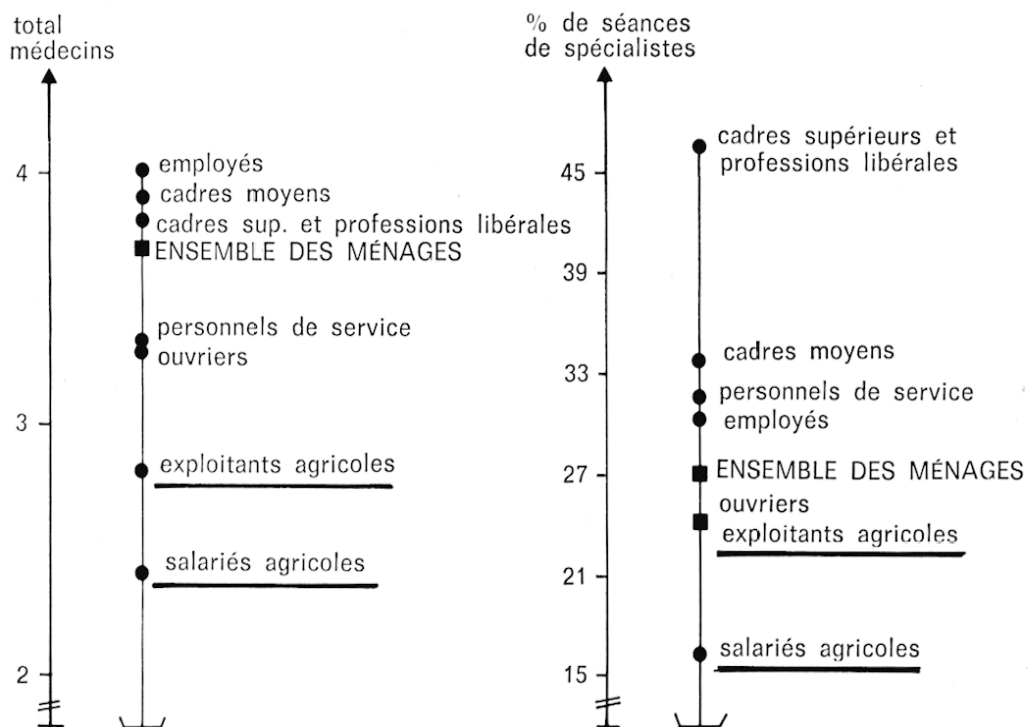
Source : I.N.S.E.E.

LA SOUS-CONSOMMATION MÉDICALE EN MILIEU AGRICOLE

1. Indice de consommation, à âge égal, selon la catégorie sociale (débours par personne et par an)



2. Nombre de séances de soins, par personne et par an, selon la catégorie sociale



Source : enquête I.N.S.E.E. et C.R.E.D.O.C. de 1970.

LA MORTALITÉ EN MILIEU AGRICOLE, PAR COMPARAISON AVEC LES AUTRES MILIEUX

1. Deux indicateurs de la mortalité, après 35 ans, selon les groupes sociaux (hommes : période 1955-1971)		
catégorie socio-professionnelle	nombre de survivants à 75 ans pour 1.000 vivants à 35 ans	espérance de vie à 35 ans
(1) instituteurs (public)	574	40,9
(2) professions libérales et cadres supérieurs	551	40,5
(3) clergé catholique	524	39,5
(4) cadres moyens (public)	518	39,3
(5) techniciens	507	39,0
(6) cadres moyens (privé)	489	38,5
(7) agriculteurs	473	38,0
(8) contremaîtres (privé)	472	37,8
(9) commerçants et artisans	460	37,6
(10) employés (privé)	448	37,4
(11) ouvriers qualifiés (public)	446	37,3
(12) employés (public)	448	37,2
(13) ouvriers spécialisés (public)	406	36,0
(14) ouvriers qualifiés (privé)	380	35,6
(15) salariés agricoles	356	34,8
(16) ouvriers spécialisés (privé)	362	34,7
(17) manœuvres	310	32,9
ensemble de la population	412	36,1

2. Rapports entre le quotient de mortalité selon la cause de décès pour les catégories sociales agricoles et le même quotient pour la population totale																																	
<p style="text-align: center;">source · I.N.S.E.E</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 20px;"> <caption>Approximate data from the mortality ratio graph</caption> <thead> <tr> <th>Cause de décès</th> <th>salariés agricoles</th> <th>ensemble de la population</th> <th>exploitants agricoles</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>tuberculose</td> <td>0.80</td> <td>1.00</td> <td>0.60</td> </tr> <tr> <td>cancer</td> <td>0.90</td> <td>1.00</td> <td>0.70</td> </tr> <tr> <td>coronarite et autres maladies cardiaques</td> <td>0.85</td> <td>1.00</td> <td>0.80</td> </tr> <tr> <td>alcoolisme (y compris la cirrhose du foie)</td> <td>1.20</td> <td>1.00</td> <td>0.70</td> </tr> <tr> <td>accident</td> <td>1.80</td> <td>1.00</td> <td>0.75</td> </tr> <tr> <td>suicide</td> <td>2.00</td> <td>1.00</td> <td>1.40</td> </tr> <tr> <td>toutes causes</td> <td>1.10</td> <td>1.00</td> <td>0.75</td> </tr> </tbody> </table>	Cause de décès	salariés agricoles	ensemble de la population	exploitants agricoles	tuberculose	0.80	1.00	0.60	cancer	0.90	1.00	0.70	coronarite et autres maladies cardiaques	0.85	1.00	0.80	alcoolisme (y compris la cirrhose du foie)	1.20	1.00	0.70	accident	1.80	1.00	0.75	suicide	2.00	1.00	1.40	toutes causes	1.10	1.00	0.75
Cause de décès	salariés agricoles	ensemble de la population	exploitants agricoles																														
tuberculose	0.80	1.00	0.60																														
cancer	0.90	1.00	0.70																														
coronarite et autres maladies cardiaques	0.85	1.00	0.80																														
alcoolisme (y compris la cirrhose du foie)	1.20	1.00	0.70																														
accident	1.80	1.00	0.75																														
suicide	2.00	1.00	1.40																														
toutes causes	1.10	1.00	0.75																														