

LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE.

INTRODUCTION.

La France connaît une évolution favorable au plan sanitaire : record français des gains annuels d'espérance de vie à la naissance.

Elle fait partie des pays où des soins globalement de bonne qualité et de haute technicité sont accessibles au plus grand nombre grâce à l'investissement dans un système de protection sociale quasi-universel.

Pourtant les inégalités sociales et spatiales de santé sont plus importantes que dans la plupart des autres pays européens.

L'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans entre les zones d'emploi du nord et du sud de la France pour la période 1988-1992.

I) LES INEGALITES SOCIALES DE MORTALITE

1. Données.

Données générales :

- Les données de l'Insee pour la période 1982-1996 montrent que le groupe des hommes *cadres et professions libérales* a une **espérance de vie à 35ans de 6,5 ans supérieure à celle des ouvriers**. Ainsi, à 35 ans, 2 ouvriers sur 8 décèderont avant 65 ans, pour un décès de cadre sur 10 seulement.

Données détaillées → gradient social :

- Au sein même de la catégorie des ouvriers, **1,5 an d'espérance de vie sépare les ouvriers qualifiés des ouvriers non qualifiés**.
- La catégorie des cadres et professions libérales n'est pas plus homogène :
Espérance de vie à 35 ans :
 - Cadres d'entreprise : 43,5 ans.
 - Cadres de la fonction publique : 46 ans
 - Professions intellectuelles et artistiques : 46 ans.

Données détaillées : les femmes.

Les différences sociales paraissent moins importantes pour la population féminine (3,5 ans cadre/ouvrier) mais écarts notables entre les catégories extrêmes : de 51 ans d'espérance de vie pour les cadres de la fonction publique à 45,5 ans pour les ouvrières non qualifiées.

Surtout, le tableau ne prend en compte que les femmes actives, ce qu'on peut corriger en estimant la situation sociale par le niveau des études.

Pour l'ensemble des pays européens, il ressort que les inégalités enregistrées sont plus importantes dans la population masculine.

Ainsi, les comparaisons effectuées pour trois tranches d'âge (35-50, 50-60 60-75 ans) montrent que l'avantage en termes de mortalité associé aux études supérieures n'existe plus que pour les hommes quand l'âge s'élève.

Enfin, l'analyse croisée de la mortalité féminine par cause de décès et catégorie sociale est plus complexe : une part importante des décès parmi les femmes en âge d'activité est en effet attribuable aux cancers du sein ; or ces cancers sont plus fréquents dans les catégories sociales favorisées.

Une explication avancée : l'allaitement pourrait avoir un rôle préventif du cancer du sein.

Comparaison France / Europe

On enregistre dans les autres pays d'Europe, et pour la plupart des causes médicales de décès, un risque plus élevé pour les travailleurs manuels que pour les autres professions.

Pour deux causes médicales sur les quatre étudiés, la France est le pays qui représente les écarts sociaux les plus importants. Ce diagnostic est confirmé par les indicateurs de mortalités « toutes causes » : le rapport des taux entre travailleurs manuels et non manuels est de 1,71 en France, 1,33 au Danemark, et 1,53 en Finlande.

II) LES INEGALITES SOCIALES DE MORBIDITE

1. Risque vital et invalidité

Peu de statistiques sur les inégalités sociales de morbidité. L'enquête sur la Santé et la protection sociale (SCS) du CREDES permet toutefois d'obtenir deux scores globaux de santé en fonction du risque vital et de l'invalidité.

Ces scores sont établis par des médecins à partir des maladies déclarées et en tenant compte de l'ensemble des données du questionnaire. Ils se lisent par rapport à une valeur de référence fixée à 1 pour l'ensemble de la population.

Ces données confirment deux résultats :

- Les inégalités sociales de risque vital : 0,93 pour les cadres sup contre 1,10 pour les ouvriers non qualifiés.
- Les inégalités sociales d'invalidité : 0,86 pour les cadres supérieurs contre 1,13 pour les ouvriers non qualifiés.

Par ailleurs, des comparaisons internationales peuvent être établies en partant de l'état de santé perçu estimé dans plusieurs enquêtes européennes. (item : considérer sa santé comme moins que bonne)

Le chiffre de 2,24 pour la France signifie que la fréquence de déclaration de santé moins que bonne est de l'ordre du double pour les ouvriers de ce qu'elle est pour l'ensemble de la population masculine.

La France apparaît donc dans la moyenne européenne, et non pas dans une position extrême comme pour la mortalité.

2. Santé bucco-dentaire

Les inégalités sociales de santé des enfants et des adolescents sont mal connues, sauf pour la santé bucco-dentaire où on a les enquêtes auprès d'enfants scolarisés, répétées dans le temps.

Entre 1955 et 1970, véritable explosion de la fréquence des caries, touchant l'ensemble des enfants indépendamment de la CSP de leur parents.

Depuis, les pratiques d'hygiène dentaire et de prévention des caries se sont généralisées, mais surtout dans les CSP favorisées, entraînant l'apparition d'inégalités sociales qui n'existaient pas avant.

Si on observe une diminution globale de la fréquence des caries en France, les différences sociales sont de même importance voire plus importante en 1998 qu'en 1993 ou 1990.

Les enfants d'agriculteurs ou deux dont les parents sont inactifs ont en moyenne deux fois plus de dents cariées que les enfants de cadres.

Les enquêtes menées sur la santé bucco-dentaire des adultes montrent moins de différences sociales dans la fréquence des caries, soignées ou non.

Pour les adultes, les inégalités de santé bucco-dentaire touchent d'autres dimensions. Une étude internationale donne ainsi le nombre moyen de dents cariées, de dents absentes et de dents obturées pour les adultes de deux classes d'âge, répartis en trois niveaux socio-économiques (élevé, moyen, faible)

Les différences les plus importantes portent sur le nombre moyen de dents absentes, presque multiplié par deux entre les deux groupes extrêmes.

Dans le groupe social le plus défavorisé, les soins dentaires ont été aussi plus agressifs : on y compte à 35-44 ans 17% de prothèses mobiles alors que le pourcentage est de 6% dans les deux autres groupes.

En revanche, la fréquence des prothèses fixes, de type bridge, est semblable entre les trois groupes.

Les causes des inégalités de santé bucco-dentaire sont liées à l'accès aux soins dentaires et au niveau de leur remboursement consenti par l'assurance maladie.

Dans l'enquête SPS de 1997, 12% des enquêtés déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières.

Cependant, différentes études montrent que faire disparaître les barrières financières ne suffit pas à modifier les comportements de non recours aux soins dentaires.