

Les inégalités de santé

La santé n'est pas distribuée de façon uniforme

- **Inégalité de type historique**

En France, comme dans la plupart des pays développés, l'espérance de vie s'accroît pour tous (notamment grâce à la mise en place de la CMU).

La santé n'est pas seulement liée au biologique mais aussi à des conditions sociales qui ont un effet sur la durée moyenne de la vie.

Différentes périodes de l'espérance de vie à la naissance au cours des siècles

- Début du XIX^{ème} siècle : évolution limitée (+0,5%)
- XIX^{ème} siècle : forte évolution (+11%)
- Fin XIX^{ème}, début XX^{ème} siècle : très forte évolution (+32%) avec la **révolution pasteurienne**
- XXI^{ème} siècle : forte évolution (+23%)

- **Inégalités spatiales**

Inégalités nationales : espérance de vie différente d'un pays à l'autre

⇒ Pas de raisons biologiques mais politiques, sociales et économiques

Inégalités liées au type de population au sein d'un même pays

⇒ Effet du niveau d'étude sur l'espérance de vie

L'espérance de vie est un miroir de la société, de sa structure, de ses hiérarchies.

La mort est considérée comme un phénomène social au sens de quand et comment elle se produit.

Le nombre de morts et leur répartition aux différents âges traduit l'importance que donne ou non une société à la prolongation de la vie de telle ou telle catégorie sociale.

Les déterminants sociaux de la santé

Les inégalités de santé ne sont pas seulement la consommation et l'accès aux soins

- Le stress (besoins psychosociaux)
- La petite enfance (croissance insuffisante, carences affectives, contexte de la grossesse)
- L'exclusion sociale (handicap, groupes ethniques minoritaires, sans abris)
- Le travail (expositions pathogènes, qualité des relations dans le milieu de travail)
- Le chômage
- Le soutien social et affectif
- Les dépendances
- L'alimentation

Trois types de mortalité évitable doivent donc être distingués, selon les déterminants en cause et les objectifs d'intervention :

- ⇒ La mortalité évitable liée au système de soins (pas le plus important)
- ⇒ La mortalité évitable liée aux comportements (individuels et collectifs)
- ⇒ La mortalité évitable liée aux conditions de vie, incluant le travail, l'habitat, l'accès à l'éducation, les transports, l'environnement

Comportements et condition de vie peuvent être liés (exemple du tabagisme)

Femmes et hommes en santé

- **En santé**, contrairement aux autres domaines de la vie sociale (travail, vie politique, violences, ...), les inégalités sont favorables aux femmes
- **En éducation** : phénomène double d'avantage aux filles, qui réussissent mieux que les garçons, mais qui se font dépasser quand il s'agit du sommet de la pyramide
- **L'état de santé perçu ou déclaré** des femmes est de moindre qualité que celui des hommes mais elles vivent plus longtemps qu'eux
- **Les inégalités sociales** en santé entre femmes sont moins creusées que chez les hommes (tendance identique en éducation)

Dans les années 50, le clergé et les instituteurs sont les deux catégories sociales qui ont l'espérance de vie la plus élevée. Aujourd'hui, l'espérance de vie est **calquée sur la hiérarchie sociale** (cadres supérieurs, chefs d'entreprise et professions libérales vivent le plus longtemps).

Les inégalités de santé se creusent avec le temps (certaines causes dues aux maladies chroniques)
Les inégalités sociales sont plus fortes chez les hommes que chez les femmes :

- Probabilité de décès entre 35 et 60 ans d'un ouvrier spécialisé (OS) par rapport à un cadre :
 - ⇒ Chez les femmes : 1,7 fois plus de risque de mourir chez un OS
 - ⇒ Chez les hommes : 3 fois plus de risque de mourir chez un OS
- Sur la période 1991/1999, un homme de 35 ans appartenant à la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures » peut espérer vivre sept ans de plus qu'un ouvrier et trois ans de plus qu'un homme appartenant à la catégorie « artisans, commerçants, chefs d'entreprise »
- Cet écart est encore plus important si l'on considère l'espérance de vie sans incapacités puisque, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs peuvent espérer vivre encore dix ans de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle (34 ans vs 24 ans)

Rapport Black en Grande Bretagne, 1982

- La progression du niveau de vie, des conditions de travail, de la qualité des soins, de la gratuité des soins font augmenter l'espérance de vie
- Pourtant, les inégalités sociales de santé ne disparaissaient pas avec l'augmentation de l'espérance de vie, elles ont même tendance à augmenter
- Pas seulement un écart entre les plus favorisés et les plus démunis mais ce que l'on nomme **« gradient social de santé »** (= inégalités de santé à tous les niveaux)
- ⇒ **Cohorte de Whitehall** : les catégories élevées ne sont pas plus sujettes aux affections cardio-vasculaires

L'effet de sélection

Les inégalités sociales de santé ne se bornent pas à être un résultat, elles jouent aussi un rôle important dans la reproduction des inégalités sociales globales : emploi / chômage, salaires

⇒ **La santé comme cause et effet**

Les inégalités sont aussi géographiques

- **Inégalités de répartition des professionnels de santé** dans certains territoires et baisse de la démographie médicale : effet sur les inégalités de santé
- **Effets de diffusion des comportements** : on se comporte de la même manière que les personnes qui nous entourent (comportements microsociaux)

Inégalités face à la consommation de soin

Plus de 7% des français déclaraient en 2006 **ne pas avoir de couverture complémentaire Santé**.

En France, 15% de la population française déclare avoir **renoncé à des soins** pour raisons financières au cours des douze derniers mois, et cette population atteint 32% parmi les 8% de la population qui n'est couverte par aucune assurance complémentaire.

Il y a une corrélation entre le mode de couverture sociale et le fait de renoncer à des soins

⇒ On renonce plus fréquemment à des soins quand on est mal couvert

Le système de soins

Le droit d'accès aux soins est maintenant universel. Il a achevé son « universalisation » en 2000 avec la mise en place de la **CMU**.

En 2005, le système a été complété par une aide à la souscription d'assurances complémentaires (**CMUC**) pour les revenus dépassant 20% le seuil de la CMU établi à 627 euros.

La CMU n'a cependant pas complètement comblé le fossé entre les plus pauvres et les catégories les plus favorisées.

Si la plus grande partie des soins hospitaliers est effectivement couverte par l'assurance maladie, les soins ambulatoires sont beaucoup moins couverts en moyenne et les biens médicaux ne sont couverts qu'à 60% des dépenses de soins.

Pour une population non négligeable, on va renoncer à un certain nombre de soins pour des **questions de type économique**.

D'autre part, on retrouve une inégalité d'accès aux soins chez les personnes couvertes par la CMU qui se voient **refuser les soins** de certaines spécialités médicales.

Les inégalités de recours aux soins sont les plus fortes dans les pays où le **reste à charge** des patients est important et ayant mis en place des systèmes d'assurance sociale (système libéral), et au contraire réduites dans les pays ayant mis en place des services nationaux de santé où les soins sont le plus souvent gratuit au point de délivrance (système beveridgien).

Les inégalités de santé liées aux comportements

Distinction homme/femme et catégories professionnelles au sujet du tabagisme

- ⇒ Les femmes fument moins que les hommes dans toutes les catégories professionnelles
- ⇒ Entre les années 80 et 2000, on observe :
 - Une hausse du tabagisme chez les femmes (sauf chez les cadres)
 - Une baisse du tabagisme chez les hommes (beaucoup plus vite chez les cadres)

Evolution de la part de la population obèse entre 1997 et 2006 selon la catégorie sociale

- ⇒ La prévalence du diabète ou de l'obésité est au moins trois fois plus élevée chez les personnes avec le plus faible statut socio-économique (sous l'angle des revenus ou sous l'angle du niveau de diplôme) que chez les personnes les plus dotées (en France en 2006). Cet écart est encore plus marqué chez les femmes que pour les hommes

Quand on fait plus de prévention, on a **tendance à accroître les inégalités** car cette prévention n'est pas entendue chez toutes les catégories sociales de la même manière.