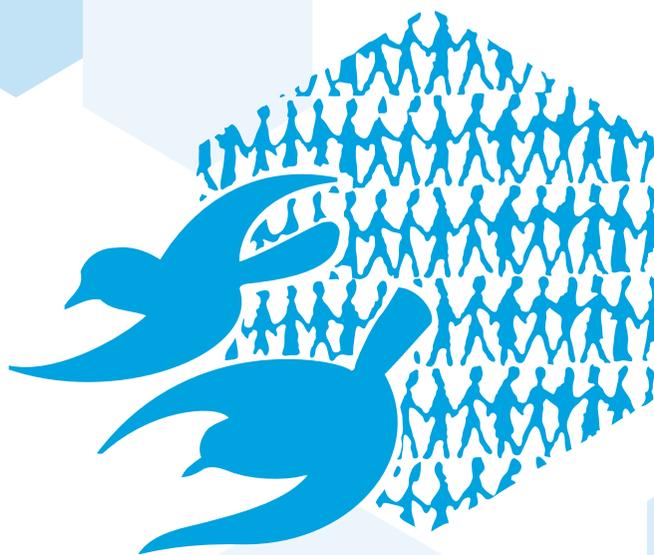


Démographie et différences

Colloque international de Montréal (7-10 juin 1988)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Vers un accroissement des disparités sociales de mortalité

• Pierre SURAULT

Université de Poitiers, France

Les disparités de mortalité sont en France particulièrement importantes. Ainsi, la comparaison (délicate) d'études effectuées dans divers pays européens conduit-elle T. Valkonen à estimer qu'elles sont plus marquées en France qu'en Hongrie, Angleterre-Galles et Finlande et qu'elles sont les plus réduites au Danemark, en Norvège, en Suède⁽¹⁾.

En France, comme dans la plupart des autres pays, les écarts ont eu tendance à s'accroître, chez les hommes adultes, entre la fin des années 1950 et la fin des années 1970⁽²⁾, y compris aux âges avancés⁽³⁾. Entre 1955-1959 et 1975-1980, la mortalité a diminué dans toutes les catégories sociales, mais la baisse a été plus forte dans celle à faible mortalité : la probabilité de décès entre 35 et 60 ans a régressé de 28 % chez les cadres supérieurs et membres de professions libérales (de 12,7 à 9,1 %), soit environ quatre fois plus que chez les salariés agricoles : - 7 % (de 21,8 à 20,2 %) ou chez les manœuvres : - 8 % (de 27,7 % à 25,4 %). Le rapport entre la mortalité des derniers et celle des premiers est ainsi passé de 2,2 à 2,8. De même, on observera que, entre 1965-1969 et 1975-1979, le rapport du risque de décès, entre 70 et 80 ans, des anciens manœuvres et celui des anciens cadres supérieurs, membres de professions libérales et instituteurs a progressé de 1,30 à 1,44 (respectivement 61,0/47,1 et 59,2/41,1).

Les disparités se sont accentuées pour pratiquement toutes les causes de décès, soit, chez les moins favorisés, par une moindre diminution (accidents par exemple), soit par une augmentation plus forte (cancers). Dans le cas des maladies cardio-vasculaires, la mortalité n'était pas significativement liée au statut social en 1955-1960; mais, en 1975-1980, les écarts se sont creusés par une diminution de la mortalité dans les couches les plus favorisées et par une progression chez les ouvriers spécialisés, les manœuvres et les salariés agricoles⁽⁴⁾. Ces constats se retrouvent globalement dans la comparaison

(1) T. Valkonen. - « Social inequality in the face of death » in : Congrès européen de Démographie, Séances plénières, U.I.E.S.P., E.A.P.S., F.I.N.N.C.C., Jyväskylä, 1987, page 233.

(2) G. Desplanques. - « La mortalité des adultes », *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, Série D, Numéro 102, janvier 1985.

(3) P. Surault. - « La persistance des inégalités sociales devant la mort et la santé des personnes âgées », in : *Populations âgées et révolution grise*, Louvain-La-Neuve, Ciaco, 1988, et : « Sur les inégalités des personnes âgées face à la santé », Troisième Conférence Internationale sur la science des systèmes dans le domaine de la santé, Lyon, juillet 1988 (à paraître).

(4) G. Desplanques. - « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistique*, Numéro 162, janvier 1984, page 147.

entre les périodes 1970-72 et 1979-83 effectuée par Marmot et Mc Dowall pour la Grande-Bretagne⁽⁵⁾ ou dans une étude portant sur trois villes américaines⁽⁶⁾.

Nous avons par ailleurs tenté de mettre en évidence les facteurs explicatifs de la différenciation sociale de la mortalité des adultes⁽⁷⁾. Beaucoup pensaient, il y a une vingtaine d'années, que, sous l'influence de l'augmentation du niveau de vie et de l'action de l'Etat-providence (protection sociale en particulier), les écarts devaient tendre à se réduire. Il n'en a rien été et la crise économique n'est pas seule en cause puisque, déjà, les différences s'étaient accentuées dans les années 1960.

Le contexte économique et social actuel et son évolution prévisible à moyen terme peuvent laisser craindre une accentuation des disparités de mortalité qui pourrait même résulter non plus de diminutions socialement différenciées, mais d'une prolongation des tendances à la baisse dans les catégories supérieures et moyennes de la population, associée à une augmentation de la mortalité dans les couches les moins favorisées, socialement et économiquement marginalisées.

Dans l'analyse des mutations économiques et sociales en cours, nous privilégierons la comparaison de la situation des ouvriers (en distinguant si possible les ouvriers non qualifiés) avec celle des cadres et professions intellectuelles supérieures, ou celle des diplômés de l'enseignement supérieur avec celle des non ou peu diplômés, et nous nous limiterons essentiellement aux hommes, pour lesquels les différences de mortalité sont socialement plus marquées et en progression plus significative.

I.- Les mutations économiques : emploi éclaté, précarisation et pauvreté

1) Un chômage ouvrier croissant

Le chômage déjà plus important chez les ouvriers a progressé plus rapidement, depuis 1974, parmi eux que parmi les cadres (et plus pour les salariés peu ou pas formés que chez les diplômés de l'enseignement supérieur). En mars 1986 (enquête-emploi), le taux de chômage des ouvriers (11,6%) était presque cinq fois plus élevé – et parmi eux celui des non qualifiés près de six fois – que celui des cadres (2,59%). Les ouvriers représentaient 58,8% des personnes de moins de cinquante ans sorties d'activité depuis un an alors qu'ils constituaient 42,7% des actifs occupés du même âge; à l'inverse, chez les cadres, les pourcentages respectifs sont de 4,3 et 11,6, soit un risque de sortie d'activité beaucoup plus faible.

(5) M.G. Marmot et M.E. Mc Dowall. – « Mortality decline and widening social inequalities », *The Lancet*, August 2, 1986. Voir également : G. Marmot, A.M. Adelstein, N. Robinson et G.A. Rose. – « Changing social class distribution of heart disease », *British Medical Journal*, number 2, 1978, où les auteurs analysent l'évolution de la mortalité des hommes par maladies selon le milieu social en Grande-Bretagne, de 1931 à 1971; plus élevée chez les travailleurs intellectuels en début de période, cette mortalité est devenue plus forte chez les travailleurs manuels à partir des années 1950, quel que soit le groupe d'âges.

(6) C.A. Yercaris et J.A. Kim. – « Socio-economic differentials in selected causes of death », *American Journal of Public Health*, number 68, 1978.

(7) P. Surault. – « Les déterminants socio-culturels de la morbidité et de la mortalité », in : *Morbidité et mortalité aux âges adultes dans les pays développés*, Louvain-la-Neuve, Cabay, 1983, et : « Les facteurs de différenciation sociale de la mortalité », *Espace-Population-Sociétés*, numéro 3, 1984.

L'inégalité face au chômage apparaît aussi dans l'évolution depuis 1973 des taux de chômage neuf mois après la sortie du système éducatif en fonction du niveau de diplôme : la progression s'est réalisée en fonction inverse à ce niveau ; le taux de chômage n'a que faiblement augmenté pour les détenteurs d'un diplôme d'enseignement supérieur alors qu'il a été multiplié par cinq chez les jeunes sans diplôme ou seulement détenteurs du brevet des collèges⁽⁸⁾.

Les années à venir verront se poursuivre les restructurations industrielles et la modernisation de l'appareil productif et les tendances récentes risquent fort de s'accroître encore : début 1987, selon l'I.N.S.E.E., 40 % des entreprises industrielles estimaient leurs effectifs excédentaires, dont 70 % des entreprises de plus de cent salariés⁽⁹⁾. Selon une projection récente de l'I.N.S.E.E., appuyée sur des hypothèses relativement optimistes sur l'évolution de l'environnement international (croissance modérée, stabilisation de l'inflation, mesures américaines de rigueur budgétaire,...), le nombre de chômeurs en France atteindrait 3,5 millions de personnes en 1992, soit un taux de 14,6 %⁽¹⁰⁾.

2) Une précarisation croissante des emplois non qualifiés

A l'accroissement du chômage s'ajoute une précarisation croissante des emplois, également socialement différenciée. Le faible accroissement de l'emploi salarié depuis 1984 n'a été obtenu que par une augmentation des « formes particulières d'emploi » alors que l'emploi salarié à plein temps continue sa régression. La souplesse dans la gestion de la main d'œuvre (autrement dit la flexibilité sur le marché du travail) recherchée par les employeurs se traduit donc par la part majoritaire dans les embauches d'emplois à temps partiel ou à courte durée (contrats à durée déterminée, intérim, stages). Ces emplois précaires, en développement rapide, concernent majoritairement des jeunes de moins de 25 ans peu ou pas diplômés, ouvriers non qualifiés (employés non qualifiés chez les femmes) et très peu de cadres.

Pour ces salariés, le chômage est la sortie habituelle de l'emploi précaire et ainsi « en raison d'un manque de formation ou d'un autre handicap, certaines personnes entrent dans une spirale emploi précaire-chômage-emploi précaire, avec éventuellement des périodes d'inactivité »⁽¹¹⁾.

3) Une grande pauvreté croissante

L'évolution économique et celle de l'emploi plus particulièrement ont entraîné un accroissement des situations de grande pauvreté décrites dans le rapport Wresinski au Conseil économique et social⁽¹²⁾. Les données disponibles mettent en évidence le poids

⁽⁸⁾ N. Coffic. — « Les jeunes à la sortie de l'école : poids du chômage et risques de déclassement », *Economie et Statistique*, numéros 193-194, novembre-décembre 1986.

⁽⁹⁾ M. Elbaum. — « Les attentes des entreprises vis-à-vis de la flexibilité ont jusqu'ici peu influé sur l'emploi », *Economie et Statistique*, numéro 206, janvier 1988.

⁽¹⁰⁾ Equipe D.M.S. — « Une exigence de compétitivité pour l'industrie française », *Economie et Statistique*, numéro 205, décembre 1987.

⁽¹¹⁾ C. Duvermet. — « Les formes particulières d'emploi », I.N.S.E.E., *Ecoflash*, numéro 18, avril 1987.

⁽¹²⁾ Conseil économique et social. — « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », *Journal officiel de la République française* du 28 février 1987.

important dans la population pauvre et en situation précaire des chômeurs non indemnisés⁽¹³⁾ ouvriers principalement et sans formation. La faiblesse et l'irrégularité des ressources par unité de consommation⁽¹⁴⁾ se traduisent par une non satisfaction des besoins alimentaires et des soins (pas de protection sociale) et par des conditions de logement dégradées (surpeuplement, habitat provisoire ou de fortune, centre d'hébergement voire absence de domicile...). «Jusqu'à présent, affirme D. Ferrand-Bechman, on parlait d'une pauvreté relative et certains auteurs disaient que dans notre société on était pauvre sans pour cela mourir de faim. Mais ce n'est plus à notre sens tout à fait vrai. On a faim et on meurt peut-être de ne pouvoir vivre dans de bonnes conditions»⁽¹⁵⁾.

II.- Les mutations sociales : la société éclatée

La crise économique se double d'une crise sociale marquée par le développement de l'individualisme accompagné d'un repli sur soi, par la remise en cause des normes et des valeurs traditionnelles qui ont «guidé» la vie des générations les plus âgées, par le déclin des idéologies et des solidarités sociales; selon G. Mendel⁽¹⁶⁾, le relâchement et le déchirement du tissu social ont pour résultat le développement, dans l'ensemble de la personnalité de l'individu, de la part de «l'individu sans appartenance», angoissé et se sentant impuissant et menacé, au détriment de la part de «l'individu à appartenances», nationales, professionnelles, sociologiques, politiques, religieuses ou sexuelles et de la personnalité psycho-familiale.

L'augmentation des suicides (50% en une dizaine d'années), de toutes les formes de toxicomanies, des divorces, et de la solitude peut se lire comme un symptôme de cet éclatement du social, évoqué dans un rapport récent du Commissariat au Plan comme étant en germe dans les pays industrialisés du fait de la crise des modes de régulation : «A l'horizon 2000, le risque majeur est celui d'un clivage croissant entre une couche moyenne et une classe d'exclus, enfermés dans un cumul d'inégalités (...). Cette situation toucherait des populations jusqu'alors préservées»⁽¹⁷⁾. Ce sont, en effet, les plus démunis, ceux qui ne peuvent s'appuyer sur une véritable reconnaissance sociale et sur des revenus, sans travail ou travailleurs sans formation et sans responsabilité (ouvriers non qualifiés en particulier) qui vivent le plus mal ces mutations.

III.- Une différenciation sociale croissante des comportements ?

Conséquences d'une évolution vers une société duale, certains comportements, certaines pratiques pathogènes tendent à se différencier socialement et à accroître in fine les écarts sociaux de morbidité et de mortalité.

⁽¹³⁾ En juin 1987, ils étaient au nombre de 1.131.000, soit 40,5 % des demandeurs d'emploi, selon une étude récente de l'U.N.E.D.I.C. (*Le Monde* du 1er avril 1988).

⁽¹⁴⁾ D. Ferrand-Bechmann.- «Pauvres et très pauvres. Analyser et mesurer la pauvreté», *Solidarité-Santé, Etudes statistiques*, numéro 2, mars-avril 1987, page 7.

⁽¹⁵⁾ Selon *Médecins sans frontières*, 8 millions de personnes vivent en 1988 avec moins de 1 500,00 F. par mois.

⁽¹⁶⁾ G. Mendel.- *54 millions d'individus sans appartenance*, Robert Laffont, 1983.

⁽¹⁷⁾ H. Guillaume, dir.- *Faire gagner la France*, Hachette, 1986, page 160.

• **Le tabagisme** : Marmot et Mc Dowall, dans leur article précité, ont relevé qu'en Grande-Bretagne, de 1972 à 1982, la proportion de fumeurs réguliers de cigarettes a davantage diminué chez les non-manuels (de 43 à 28 %) que chez les manuels (de 58 à 44 %). Nathanson et Lopez ont également observé qu'aux Etats Unis, la diminution du pourcentage de fumeurs réguliers, de 1964 à 1983, avait été d'autant plus forte que le niveau d'éducation était élevé⁽¹⁸⁾.

En France, où plus de 50 000 décès sont chaque année directement ou indirectement attribués à l'usage du tabac⁽¹⁹⁾, les ventes de tabac, après avoir régressé à la fin des années 1970 ont, depuis, repris une progression rapide. Mais, dans la population adulte, la proportion de fumeurs diminue depuis 35 ans (59 % en 1953, 38 % en 1986) : on doit donc en déduire que la proportion des gros fumeurs s'est sensiblement accrue. On dispose des résultats d'enquêtes diverses, régionales ou nationales, notamment l'enquête I.N.S.E.E.-CREDOC de 1980-1981 sur la santé et les soins médicaux⁽²⁰⁾ et celle du CREDOC « Conditions de vie et aspirations des Français »⁽²¹⁾ : elles concluent toutes à une surconsommation de cigarettes chez les ouvriers encore plus forte chez les chômeurs ou chez les personnes inquiètes des risques du chômage (enquête CREDOC). Les comparaisons des résultats de ces différentes enquêtes dans le temps sont délicates afin de permettre d'apprécier dans quelle mesure l'écart entre la proportion de gros fumeurs ouvriers et celle des cadres s'est accru depuis trente ans. Toutefois, il semble bien que, comme cela a été relevé dans d'autres pays⁽²²⁾, les individus qui ont interrompu ou ralenti leur consommation appartiennent en grande majorité aux couches sociales les plus élevées qui disposent de meilleurs moyens d'information sur les dangers du tabagisme et qui ont aussi la possibilité de lui substituer d'autres types de pratiques.

• **L'alcoolisme** : comme précédemment, on sait que les ouvriers, particulièrement les non qualifiés, se caractérisent par une surconsommation d'alcool, tout comme les chômeurs, mais on dispose de peu d'éléments concernant l'évolution dans le temps de la proportion, par C.S.P., de buveurs excessifs. Néanmoins, on peut supposer que la légère diminution de la consommation par adulte en France est également le résultat d'un ralentissement de la consommation dans les groupes les mieux informés qui ont par ailleurs les moyens de consommer un alcool de meilleure qualité. On peut en trouver un indice dans l'évolution 1978-1982 de la consommation d'alcool (en valeur) en fonction de la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage : la consommation d'apéritifs, de whisky et de liqueurs et celle de la bière ont augmenté dans les mêmes proportions chez les ouvriers et les cadres supérieurs, celle du cidre a doublé chez les premiers, mais diminué de 25 % chez les seconds; enfin, la consommation de vin a progressé de

(18) C.A. Nathanson et A.D. Lopez.— « The future of sex mortality differentials in industrialized countries : a structural hypothesis », *Population Research and Policy Review*, number 6, 1987.

(19) A. Hirsch et al.— « Lutter contre le tabagisme », *La Documentation Française*, 1987, page 12.

(20) S. Le Laidier et R. Morel.— « Habitudes de consommation de boissons alcooliques et de tabac et recours aux soins », *Solidarité Santé, Etudes Statistiques*, numéro 1-2, 1984.

(21) L. Haeusler, D. Rosch, F. Facy.— « Opinions des Français sur les stupéfiants ; Consommations associées d'alcool, tabac et tranquillisants », CREDOC, *Collection des rapports*, numéro 34, février 1988.

(22) J. Van Reek et M.J. Drop.— « Cigarette smoking in the USA : socio-cultural influences », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, Volume 34, numéro 3, 1986.

27% chez les ouvriers, soit 4,5 fois plus vite que chez les cadres supérieurs (+6%), sachant que, en 1982, le vin ordinaire représentait 30% de la consommation de ceux-ci mais 70% de celle de ceux-là⁽²³⁾.

D'autre part, l'enquête du CREDOC⁽²¹⁾, confirme l'association forte consommation d'alcool-tabagisme, qui est la plus élevée parmi les ouvriers (16% d'entre eux contre 8% pour l'ensemble de la population) et parmi les chômeurs (même pourcentage) et dont on sait qu'elle multiplie les risques de morbidité et de mortalité. La même enquête nous montre que les chômeurs sont trois fois plus nombreux que les actifs à prendre régulièrement des somnifères ou des tranquillisants avec une association avec le tabac deux fois plus fréquente que la moyenne (17% contre 8%), l'association tranquillisant-forte consommation d'alcool étant pour sa part peu fréquente.

• **Les pratiques matrimoniales** : Si les divorces sont les plus fréquents chez les employés, les ouvriers ne divorcent guère plus que les cadres, mais l'augmentation des divorces a été moins forte chez ces derniers⁽²⁴⁾; d'autre part, on peut imaginer que la rupture que constitue tout divorce a des conséquences plus traumatisantes pour les ouvriers dans la mesure où la part des divorces pour faute est parmi les plus élevées (comme pour les salariés agricoles) celle des divorces par consentement mutuel étant particulièrement faible (plus de deux fois moins élevée que parmi les cadres⁽²⁵⁾).

On sait par ailleurs que le taux de célibat est sensiblement plus élevé parmi les ouvriers, surtout parmi les non qualifiés, que parmi les cadres. Mais plus que le célibat, c'est l'isolement qui doit être pris en considération : en progression à tous les âges, il ne paraît pas globalement toucher davantage les ouvriers que les cadres, dans la mesure sans doute où une forte proportion d'ouvriers célibataires vit chez un parent – en mars 1986 (enquête Emploi), 20,59% des ouvriers vivaient chez un parent (2,6% des cadres) et 66,29% en couple (84,1% des cadres).

• **La consommation médicale** : de 1970 à 1980, les différences cadres-ouvriers ont plutôt eu tendance à se réduire, –dans un contexte général de forte progression qui explique pour une part la poursuite de la baisse de la mortalité dans toutes les catégories socio-professionnelles– tout en laissant subsister les disparités de structure : priorité aux besoins hospitaliers et aux besoins de médecins généralistes pour les ouvriers, recours important aux soins spécialisés (médecins spécialistes, kinésithérapeutes,...) pour les cadres⁽²⁶⁾. Guy Desplanques a émis l'hypothèse qu'un recours aux soins spécialisés contre le cancer plus fréquent chez les cadres a pu contrecarrer l'accroissement des risques de cancer et expliquer la réduction de leur mortalité pour cette cause⁽²⁷⁾.

(23) Voir M.A. Mercier. – « Consommation et lieux d'achat des produits alimentaires en 1978 », *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, Série M, numéro 92, août 1981, et M.N. Berger et M.A. Mercier, « Consommation et lieux d'achat des produits alimentaires en 1982 », *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, Série M, numéro 177, janvier 1986.

(24) G. Desplanques. – « Cycle de vie et milieu social », *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, Série D, numéro 117, février 1987, page 82.

(25) D. Baillon, N. Costecalde, G. Godin, B. Munoz-Perez. – « Le divorce en France », Tome 1, *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, Série D, numéro 85, décembre 1981, page 67.

(26) A. Charaud, P. Momiote. – « Disparités de consommation médicale », Enquête Santé 1980-1981, *Les Collections de l'IN.S.E.E.*, série M, numéro 118, janvier 1986.

(27) op. cit. note (2), page 128.

Par ailleurs, on notera que les chômeurs et une sous-population « pauvre » (personnes appartenant aux ménages dont le chef est ouvrier non qualifié et comprenant 7 personnes ou plus) présentent les mêmes caractéristiques : une très forte sous-consommation en soins de ville et une consommation hospitalière relativement élevée⁽²⁸⁾. Selon les chercheurs du CREDOC, « les différents risques se cumulent pour les plus défavorisés entraînant une plus grande incidence de maladies dans tous les chapitres de la pathologie (...). Leur consommation de premier recours est gravement insuffisante (...); cette lacune du système de soins ambulatoire entraîne certainement une aggravation de leur état de santé et la nécessité de recourir à l'hospitalisation de manière importante (...). A tous âges et dès la naissance, leur mortalité est de beaucoup supérieure à celle des autres couches sociales » (page 25).

Conclusion

Nous avons cherché à repérer ce qui dans les mutations économiques et sociales en cours et dans leurs répercussions sur la situation et les comportements pourrait conduire à un accroissement des disparités de mortalité entre groupes sociaux, provoqué par la poursuite de la baisse de la mortalité des plus favorisés et par une éventuelle remontée de celle des moins favorisés : à la dualisation croissante de la société répondrait une dualisation croissante de la mortalité avec pour résultante envisageable une stagnation voire une diminution de l'espérance de vie pour l'ensemble de la population⁽²⁹⁾.

D'un côté, une population à emploi stable, bénéficiant des gains attendus de la productivité et des progrès les plus récents de la médecine aussi bien dans le domaine de la prévention que de la thérapeutique, d'un autre côté une population périphérique, composée en majorité d'ouvriers non qualifiés (mais aussi d'ouvriers qualifiés et d'employés non qualifiés), de plus en plus frappés par le chômage, de plus en plus occupés (lorsqu'ils le sont) dans des emplois précaires, sous-payés et sans intérêt, marginalisés et se sentant de plus en plus socialement exclus (voir la frustration grandissante engendrée par les références aux modèles publicitaires de consommation), recourant de plus en plus difficilement aux soins malgré un état de santé déficient et développant de plus en plus des consommations pathogènes : on peut ainsi schématiser l'évolution en cours. Les difficultés d'insertion professionnelle et sociale des jeunes les moins formés et les comportements qui en découlent ne peuvent conduire qu'à augurer de la prolongation et de l'accentuation de cette évolution dont les effets sur la mortalité se feront pleinement sentir d'ici 20 à 30 ans. Déjà, on a pu démontrer que, durant la scolarité, les élèves du cycle court ont un état de santé détérioré par rapport au cycle long, tout en recourant moins aux soins⁽³⁰⁾. Cette constatation se renforce chez les adolescents et jeunes adultes,

⁽²⁸⁾ T. Lecomte. — « Les demandeurs d'emploi : morbidité et consommation médicale », CREDES, 1986 ; An. et Ar. Mizrahi et C. Servet, « Santé, soins médicaux et pauvreté », CREDOC, 1984.

⁽²⁹⁾ Sur ce thème voir P. Surault. — « Réflexions sur les perspectives de mortalité », *Espace-Populations-Sociétés*, 1986, numéro 2, et : « Sur l'optimisme des hypothèses de mortalité dans les projections 1985 de l'I.N.S.E.E. », in : *Les perspectives démographiques*, Tome 2, I.N.E.D, Travaux et documents, numéro à paraître en 1988.

⁽³⁰⁾ M. Choquet, S. Ledoux et H. Menke. — « Evolution de la santé des adolescents », *Revue française des affaires sociales*, numéro hors série, décembre 1987.

sortis de l'école sans qualification professionnelle et issus en majorité de familles ouvrières, atteints par un chômage massif entrecoupé de périodes de stages divers ou de «petits boulots» : diverses études⁽³¹⁾ ont mis en évidence un état de santé alarmant, une absence de recours aux soins et une sur-consommation de tabac, d'alcool et de drogue. Précarité, instabilité, impossibilité de projets et de perspectives sociales, cette période vide de sens risque fort de se poursuivre à l'âge adulte et de se traduire par une sur-morbidité et une surmortalité.

Ce processus nous apparaît comme le plus probable compte tenu des tendances économiques, politiques et idéologiques aujourd'hui repérables. Le développement des politiques de solidarité pourrait en atténuer les effets mais la lourdeur des mécanismes économiques et des valeurs qui les sous-tendent ne laissent guère présager une réduction des inégalités économiques et sociales, et particulièrement des inégalités sociales devant la mort qui en sont l'ultime résultante.

⁽³¹⁾ J.P. Deschamps.- « Ces jeunes sont sans soins », *Revue française des affaires sociales*, id. note 29.