

Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ?

Florence Jusot

LEDA-LEGOS (Univ. Paris-Dauphine) - IRDES

ARS Ile-de-France, 4 octobre 2010

Introduction

- Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé (ISS), c'est-à-dire des différences d'état de santé entre des individus de situations sociales différentes (revenu, éducation, catégorie sociale)
- Ces inégalités sont socialement construites donc en partie évitables, et perçues comme particulièrement injustes
- Ces inégalités constituent un objectif prioritaire de santé publique : il est donc nécessaire de trouver des leviers d'actions

Plan de la présentation

1. L'équité en santé, un objectif de santé publique
2. Le constat des inégalités sociales de santé en France
3. Les causes des inégalités sociales de santé
4. Les leviers d'action possible

Les inégalités sociales de santé : un objectif de santé publique

L'équité en santé, un objectif reconnu de santé publique depuis longtemps

- Constitution de l'OMS de 1946 :
 - La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité.
 - La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre comme un droit fondamental de tout être humain.
- Principe de Santé pour tous de l'OMS (1977)
 - Permettre à tous les citoyens du monde de jouir, à l'horizon 2000, d'un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement active et économiquement productive.
- Politique-cadre de la « Santé pour tous » de la Région européenne de l'OMS (1985) :
 - Affirmation de l'importance de la réduction des inégalités sociales et économiques pour améliorer la santé de l'ensemble de la population.
 - Combler l'écart de santé entre les pays
 - Combler l'écart de santé dans les pays avec pour objectif à l'horizon 2000, de réduire de 20% les différences d'état de santé entre groupes au sein des pays

L'équité en santé, un objectif de santé publique récemment réaffirmé (1)

- Commission des déterminants sociaux de l'OMS « Comblent le fossé en une génération - Instaurent l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé » (2008)
 - Un constat : les inégalités sociales de santé sont importantes, évitables et injustes
 - Trois recommandations principales :
 - Améliorer les conditions de vie et d'accès aux soins
 - Lutter contre l'inégalité de répartition des ressources, de l'emploi, du pouvoir
 - Mesurer le problème, l'analyser et mesurer l'efficacité de l'action

L'équité en santé, un objectif de santé publique récemment réaffirmé (2)

- Groupe de travail du Haut conseil de santé publique « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » (2009)
 - Constat de l'aggravation des ISS et du gradient social de santé
 - Constat des causes multiples des inégalités sociales de santé
 - Manque de données pour suivre les inégalités sociales de santé
 - Manque d'information et d'évaluation sur les interventions spécifiques
- Groupe de travail « Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé » piloté par Bernard Basset (2008)
 - La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » évoque explicitement les ISS :
 - le projet régional de santé : l'accès à la prévention, personnes démunies
 - le plan stratégique de santé : articulations avec la santé au travail, en milieu scolaire, la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion
 - Les missions de lutte contre l'exclusion des établissements de santé
 - Les ARS sont associées à la mise en œuvre de la LOPVRU
 - Les financements sont attribués en fonction de l'objectif de réduction des ISS

L'équité en santé, un objectif de santé publique récemment réaffirmé (3)

- Colloque international « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé le 11 janvier 2010 par la DGS et l'IRESP

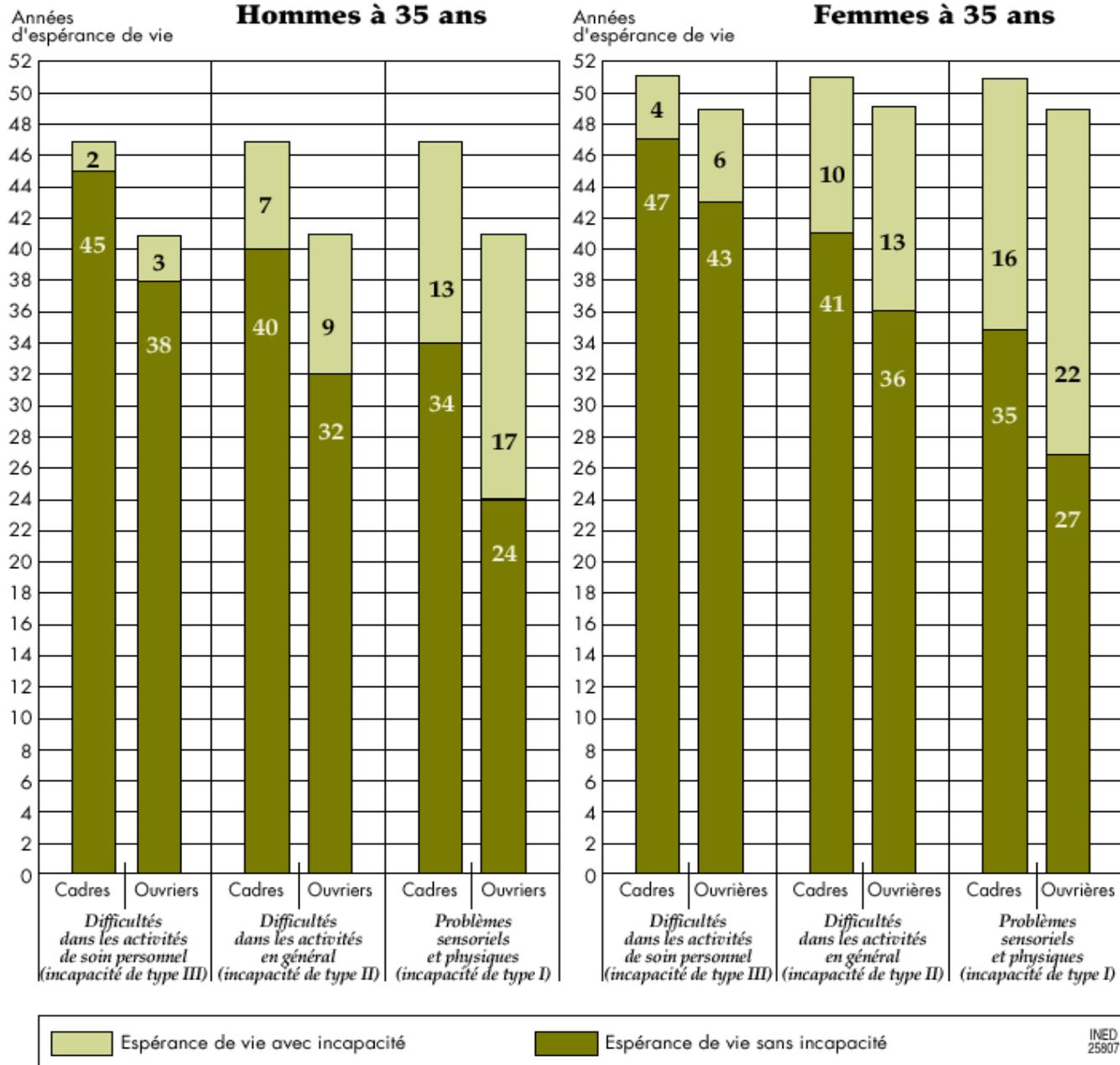
Avec discours de clôture de Roselyne Bachelot-Narquin :

- Les objectifs de la prochaine loi de santé publique devront intégrer la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé en modifiant les déterminants de l'accès aux soins, à la prévention et au dépistage
- Elle a rappelé que la lutte contre les inégalités est déjà inscrite dans le plan cancer et dans le plan santé environnement
- Elle a souhaité que les objectifs de santé publique soient intégrés à toutes les politiques, afin qu'ils soient effectivement atteints
- Elle a insisté sur la nécessité de disposer d'indicateurs de santé qui tiennent compte des inégalités sociales et territoriales, de cibler les actions et de poursuivre les recherches, notamment multidisciplinaires.

Le constat des inégalités sociales de santé

Le constat des inégalités sociales de santé

- Il existe en France de fortes inégalités face à la santé et la mort
 - A 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 39 ans, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 46 ans
 - A 35 ans, un femme ouvrière peut s'attendre à vivre 47 ans, alors qu'une femme cadre peut s'attendre à vivre 50 ans
- Les différences d'espérance de vie se doublent par des différences d'incapacité : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé
 - A 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 13 années avec ces problèmes
 - Un homme ouvrier de 35 ans vit en moyenne 60% de son espérance de vie totale sans incapacité alors qu'un homme cadre du même âge vit en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité.



Source : Cambois E., Laborde C., Robine J.M. (2008), "La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte", Population et sociétés, 441.

Le constat des inégalités sociales de santé

- Ces inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres /non pauvres ou manuels/non manuels
- Le risque de mauvaise santé diminue tout au long de la hiérarchie sociale : on appelle ceci le gradient social de santé

Esp. de vie à 35 ans 1991-99	Cadre	Prof. Interméd.	Agriculteur	Artisan commerç.	Employé	Ouvrier	Inactif	Ens.
Hommes	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Source : Monteil C., Robert-Bobée I. (2005), Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", Insee Première, 1025.

Le constat des inégalités sociales de santé

- Les inégalités sociales de santé ne semblent pas se réduire, au contraire elles semblent en augmentation

Evolution de l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale en France

Profession et Catégorie Sociale (Homme)	Espérance de vie à 35 ans 1976-84	Espérance de vie à 35 ans 1983-91	Espérance de vie à 35 ans 1991-99
Cadre	41.5	43.5	46.0
Prof Intermédiaire	40.5	41.5	43.0
Agriculteur	40.5	41.5	43.5
Indépendant	39.5	41.0	43.0
Employé	37.0	38.5	40.0
Ouvrier	35.5	37.5	39.0
Inactif	27.5	27.5	28.5
Ensemble	38.0	39.0	41.0

Source : Monteil C., Robert-Bobée I. (2005), Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", Insee Première, 1025.

Evolution du risque relatif de décès selon le niveau de diplôme en France

Niveau de diplôme	1968-1974 (hommes)	1975-1981 (hommes)	1982-1988 (hommes)	1990-1996 (hommes)
Aucun	1.76	2.20	2.12	2.27
CEP	1.45	1.69	1.74	1.70
Diplôme prof.	1.14	1.34	1.34	1.43
Bac et plus	1	1	1	1

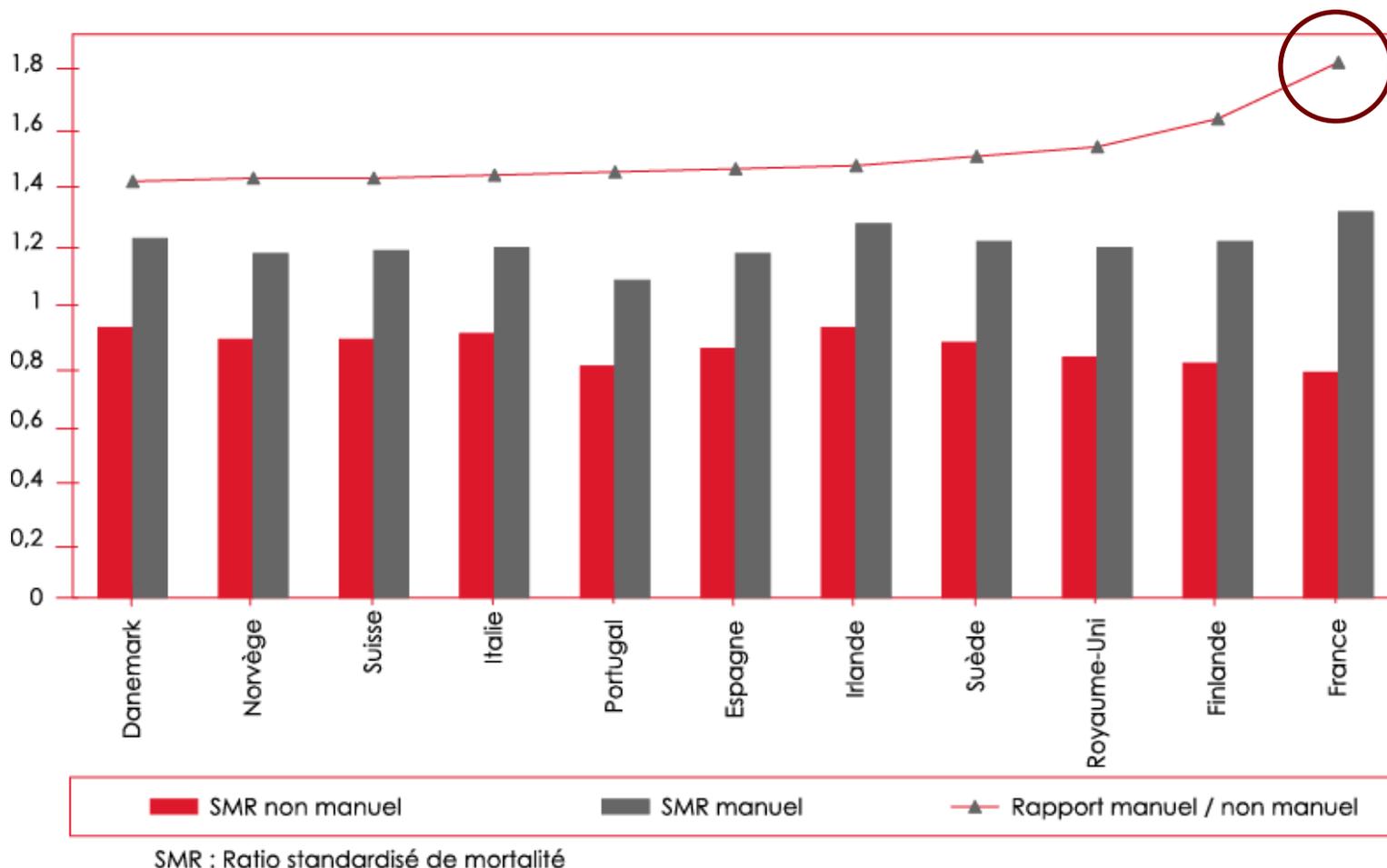
Niveau de diplôme	1968-1974 (femmes)	1975-1981 (femmes)	1982-1988 (femmes)	1990-1996 (femmes)
Aucun	1.60	1.72	1.86	2.203
CEP	1.23	1.26	1.30	1.36
Diplôme prof.	1.09	1.13	1.20	1.22
Bac et plus	1	1	1	1

Source : Menvielle G, Chastang JF, Luce D, Leclerc A. (2007), "Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès", Revue d'épidémiologie et Santé Publique, 55, 2 :97-105.

Le constat des inégalités sociales de santé

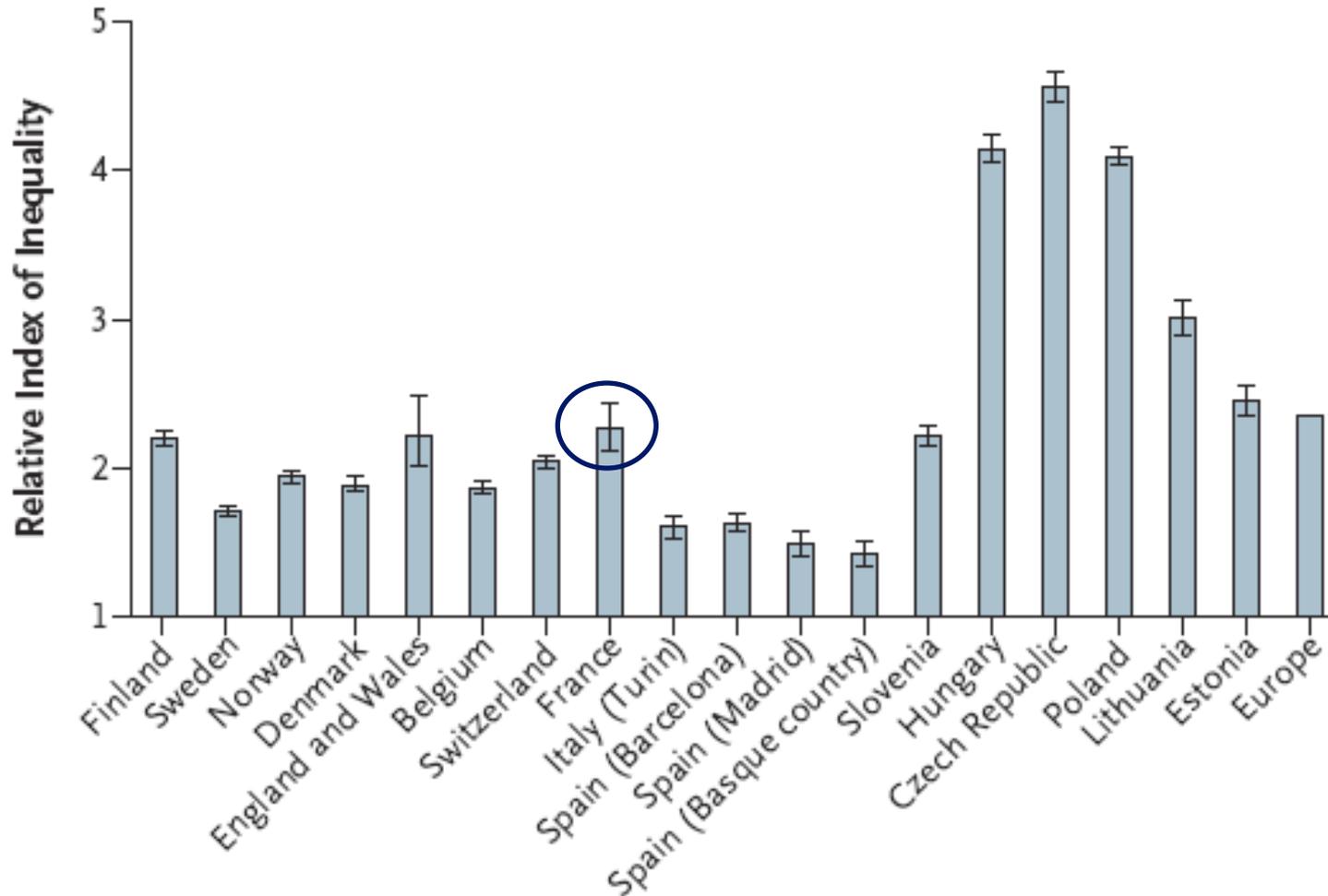
- La France est le pays de l'Europe des Quinze où les différences de risque de décès avant 65 ans entre manuels et non manuels sont les plus élevées

Rapport comparatif de mortalité entre 45 et 59 ans des non manuels et des manuels dans 11 pays d'Europe (hommes)



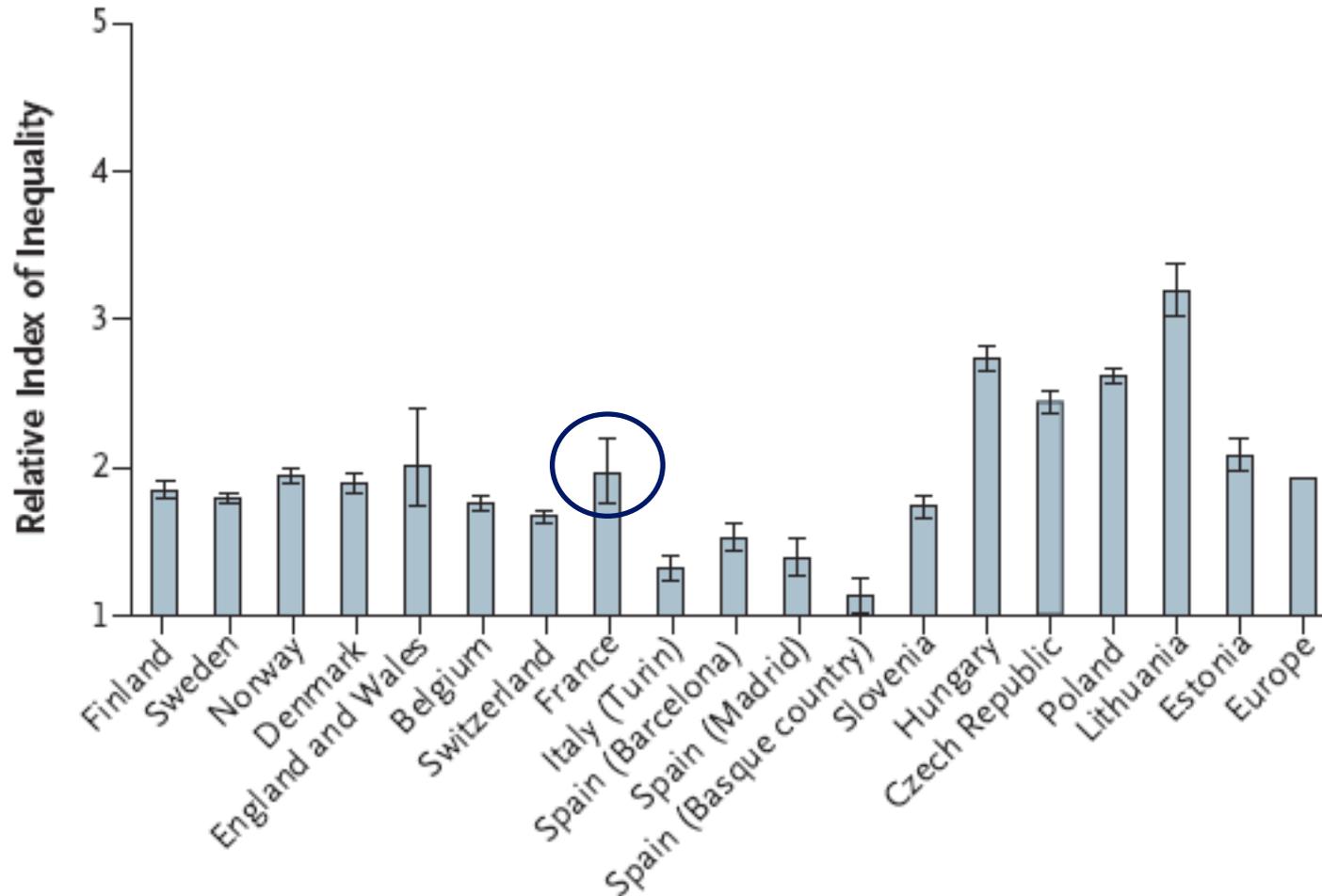
Source : Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P. and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (2000) "Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.

Indice relatif d'inégalités de mortalité selon le niveau d'éducation dans 18 pays d'Europe (hommes)



Source : Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008), "Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries", The New England Journal of Medicine, 358, 23 : 2468-2481.

Indice relatif d'inégalités de mortalité selon le niveau d'éducation dans 18 pays d'Europe (femmes)



Source : Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008), "Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries", The New England Journal of Medicine, 358, 23 : 2468-2481.

Les causes sociales des inégalités sociales de santé

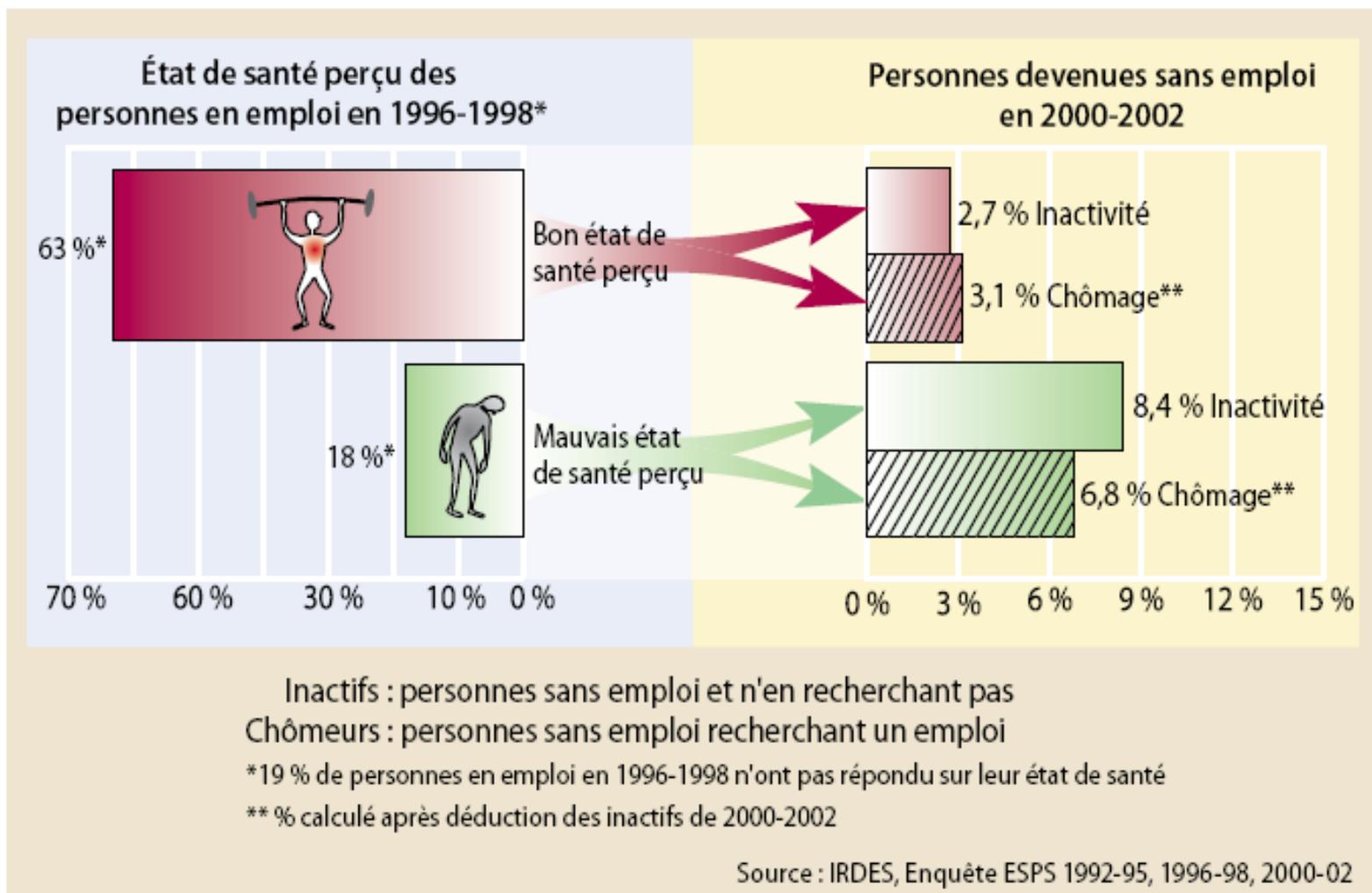
Quatre grands types de causes « sociales »

- **Conditions matérielles de vie** (logements, nutrition, travail dangereux) mais **gradient social de santé**

Quatre grands types de causes « sociales »

- **Conditions matérielles de vie** (logements, nutrition, travail dangereux) mais **gradient social de santé**
- **Effet inverse** de l'état de santé sur le statut économique et social

Proportion de personnes devenues sans emploi en 2000-2002, selon leur état de santé perçue en 1996-1998



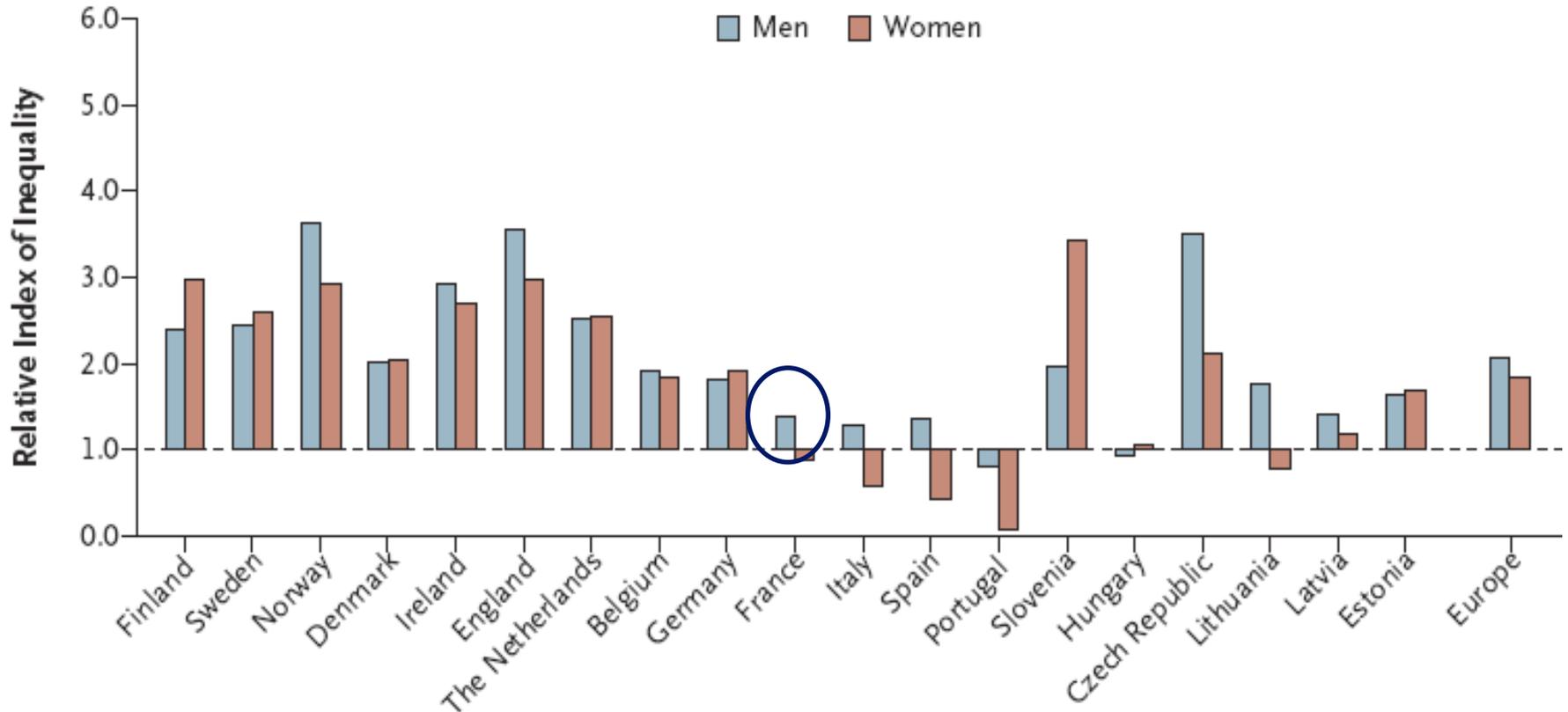
Source : Jusot F., Khat M., Rochereau T., Sermet C. (2007), "Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif", Questions d'économie de la santé, n°125.

Quatre grands types de causes « sociales »

- **Conditions matérielles de vie** (logements, nutrition, travail dangereux) mais **gradient social de santé**
- **Effet inverse** de l'état de santé sur le statut économique et social
- **Comportements à risque** (tabac, alcool, obésité) mais conséquences différentes selon les groupes sociaux

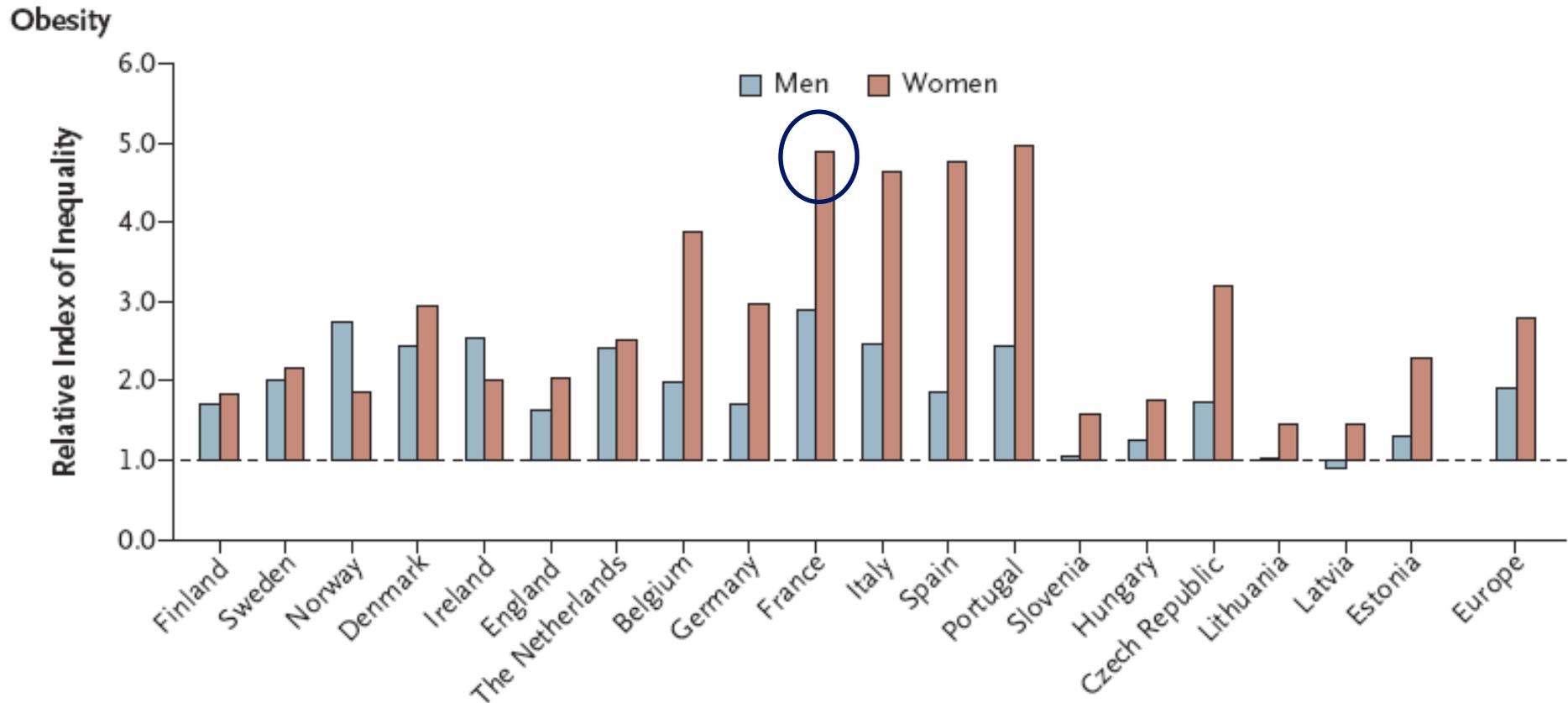
Indice relatif d'inégalités de tabagisme selon le niveau d'éducation dans 18 pays d'Europe (hommes et femmes)

Current Smoking



Source : Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008), "Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries", The New England Journal of Medicine, 358, 23 : 2468-2481.

Indice relatif d'inégalités d'obésité selon le niveau d'éducation dans 18 pays d'Europe (hommes et femmes)

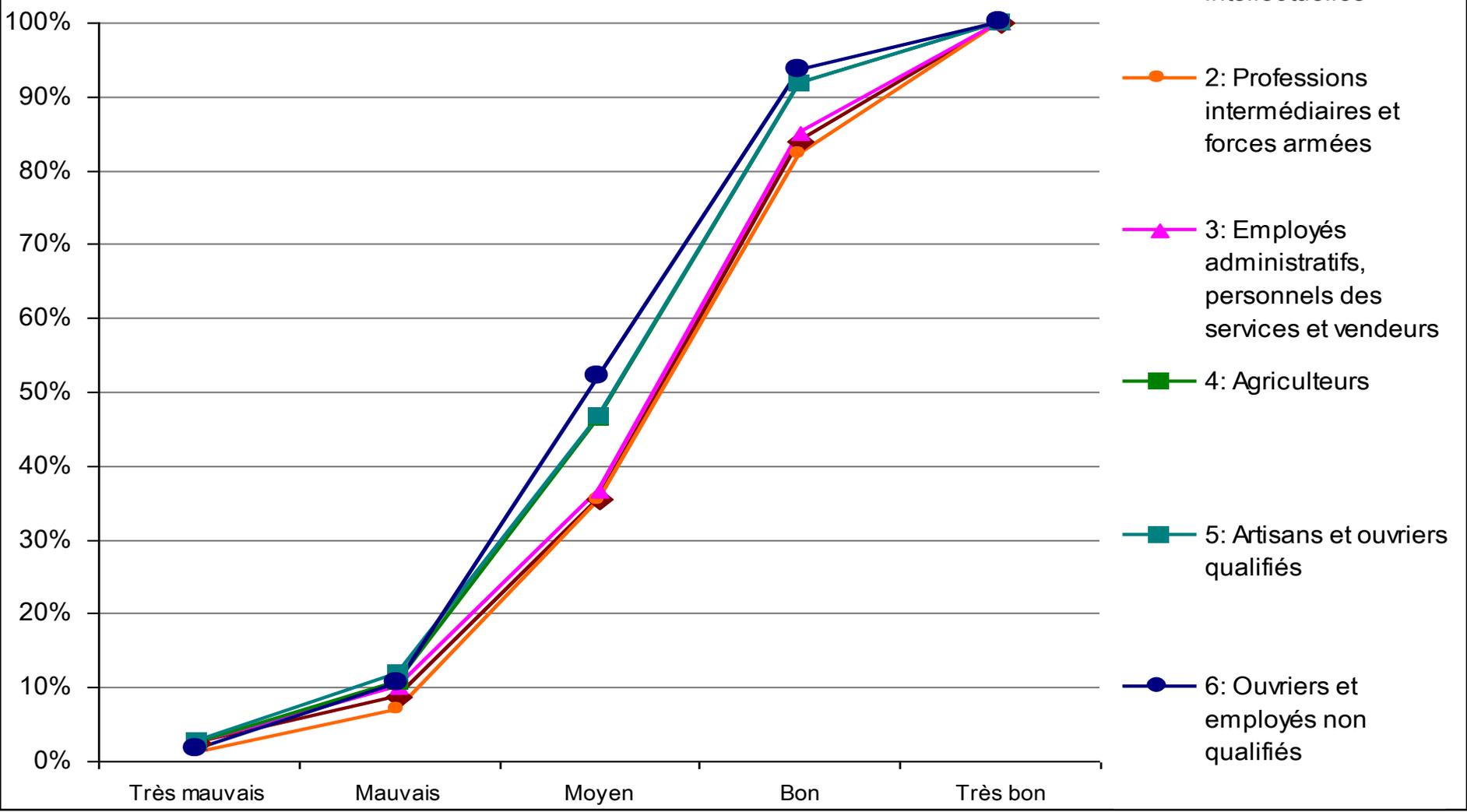


Source : Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008), "Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries", The New England Journal of Medicine, 358, 23 : 2468-2481.

Quatre grands types de causes « sociales »

- **Conditions matérielles de vie** (logements, nutrition, travail dangereux) mais **gradient social de santé**
- **Effet inverse** de l'état de santé sur le statut économique et social
- **Comportements à risque** (tabac, alcool, obésité) mais conséquences différentes selon les groupes sociaux
- **Déterminants psycho-sociaux** : la susceptibilité aux maladies et la capacité à les combattre dépend du soutien social reçu, de la place dans la hiérarchie, d'événements survenus depuis l'enfance

Graphique 7 : Fonction de répartition de l'état de santé perçue des personnes enquêtées selon la profession de leur père



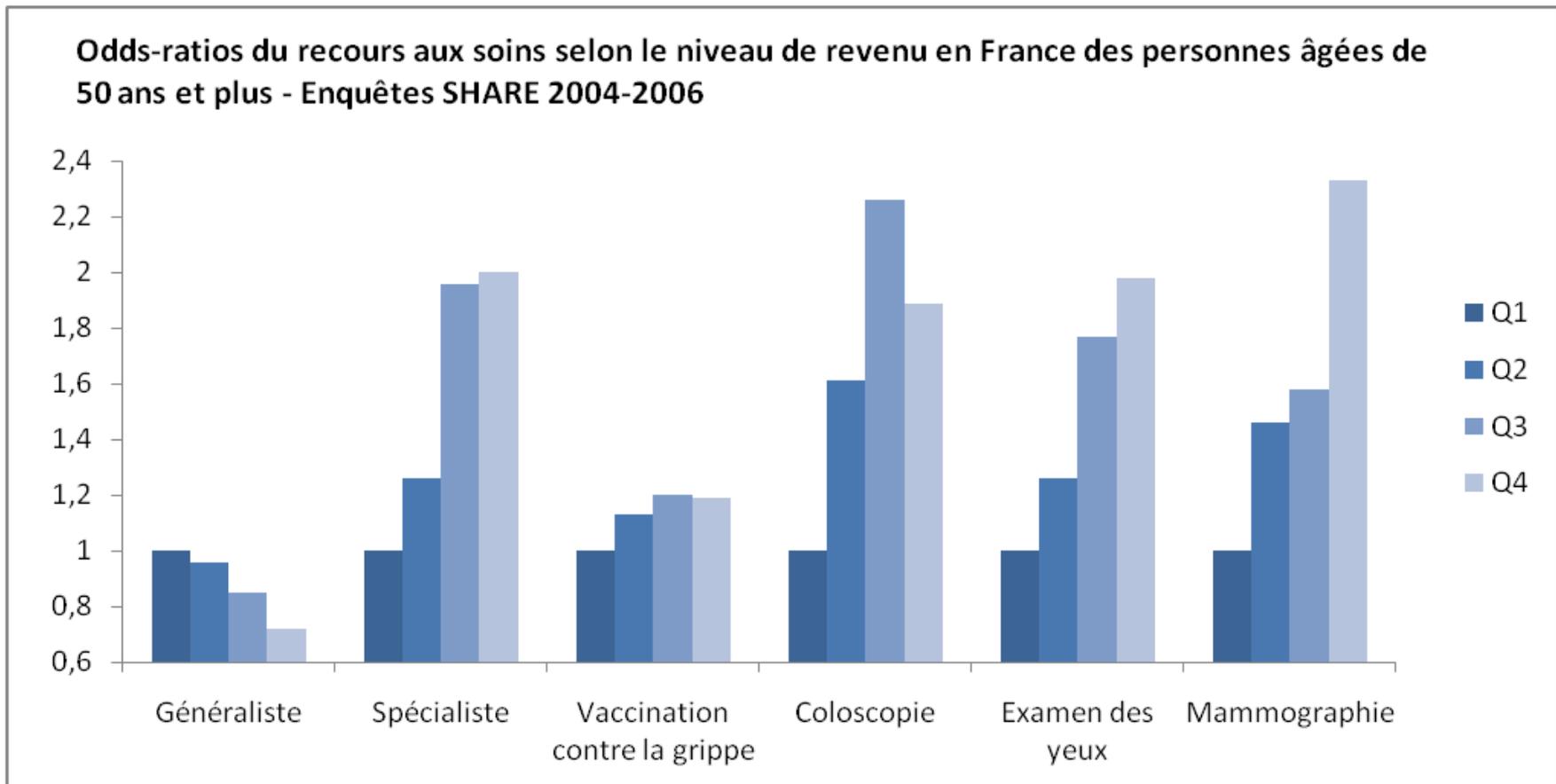
Source : Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2008), "La santé des séniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents", Economie et Statistique, 411 : 25-46.

Des inégalités face au système de soins

Des inégalités de recours aux soins

- On constate en France, comme dans la plupart des pays d'Europe des inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins à besoins de soins donnés
- Ces différences sont d'autant plus fortes pour les recours aux soins de spécialistes et le recours aux soins préventifs
- La France fait là encore partie des pays où les inégalités sont les plus fortes

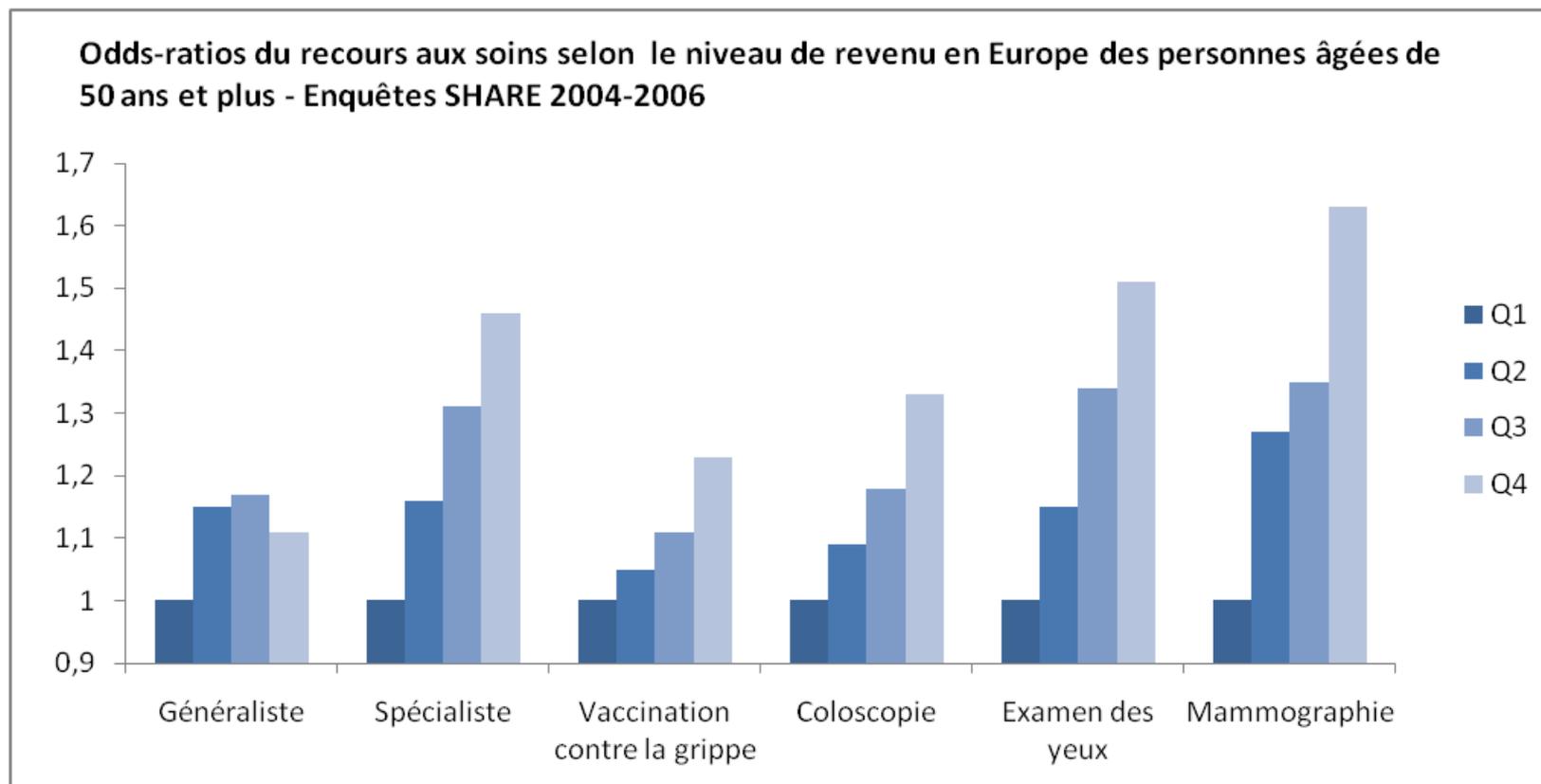
Des inégalités de recours aux soins d'autant plus marquées pour les soins réalisés par les spécialistes en France



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et Inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

Résultats après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé

Des inégalités de recours aux soins en Europe



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et Inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

Résultats après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé

Les causes des inégalités de recours aux soins préventifs : des demandes différentes

■ Barrières informationnelles

- Risques encourus
- Sur les filières de soins

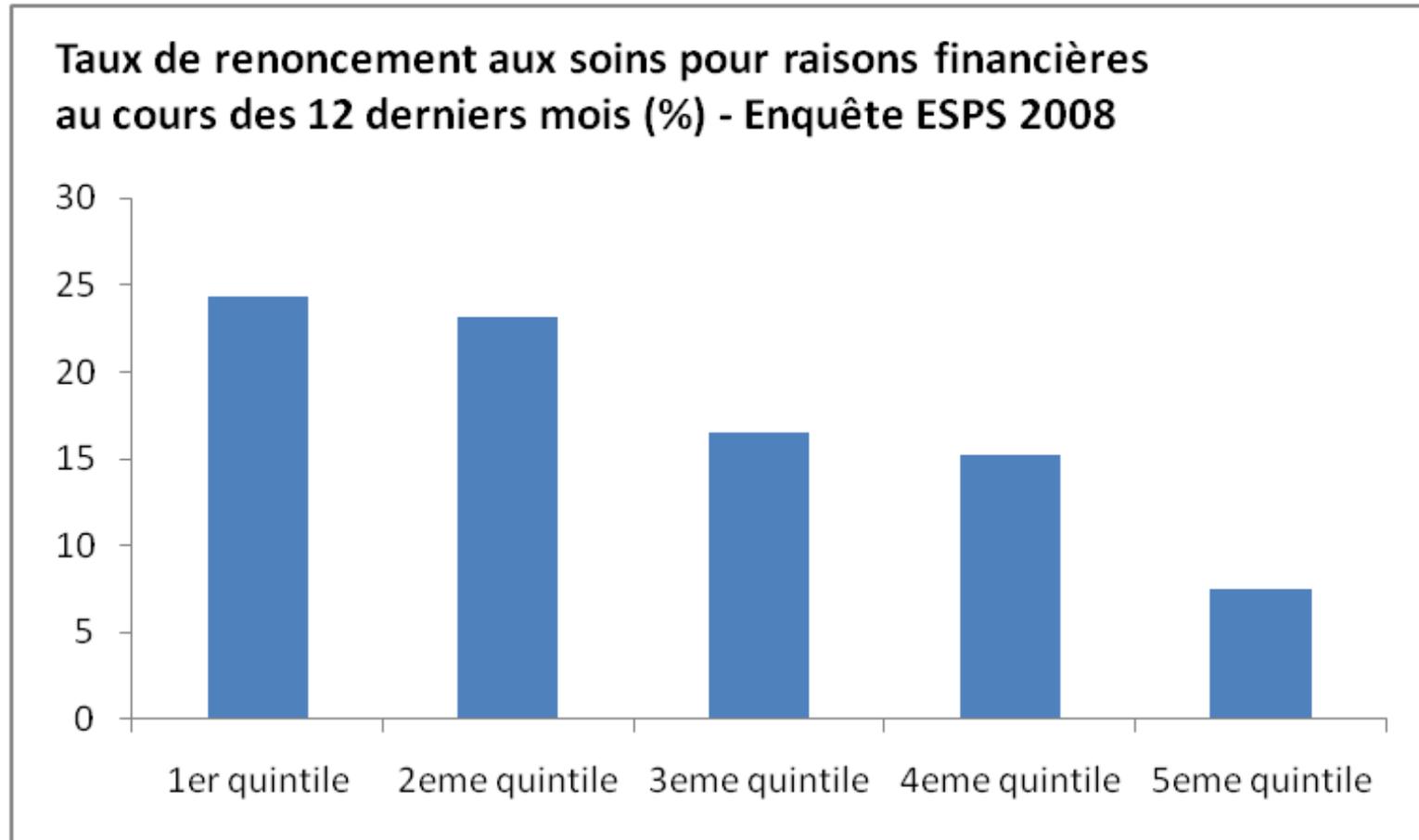
■ Barrières culturelles

- Rapport au corps différent
- Plus forte préférence pour le présent
- Plus faible aversion au risque
- Rapport au systèmes de soins

■ Barrières financières

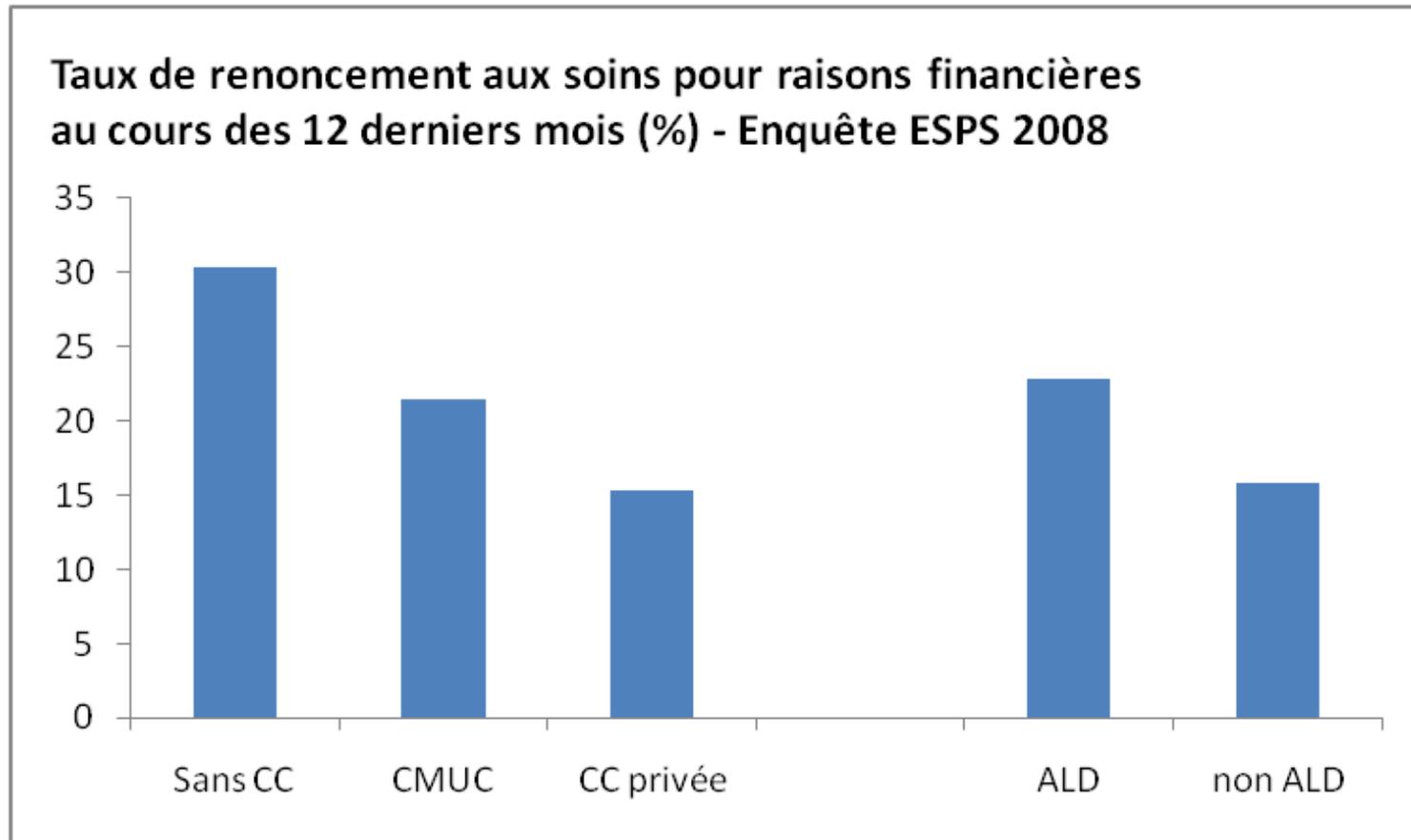
- Les plus pauvres déclarent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières
- Ces renoncements sont en partie expliqués par l'accès à la complémentaire santé

Renoncement aux soins pour raisons financières selon le niveau de revenu



Source : Boisguérin, Després, Dourgnon, Fantin, Legal (2010), Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins, In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : IRDES, 2010/06, 31-40.

Renoncement aux soins pour raisons financières selon la couverture assurancielle



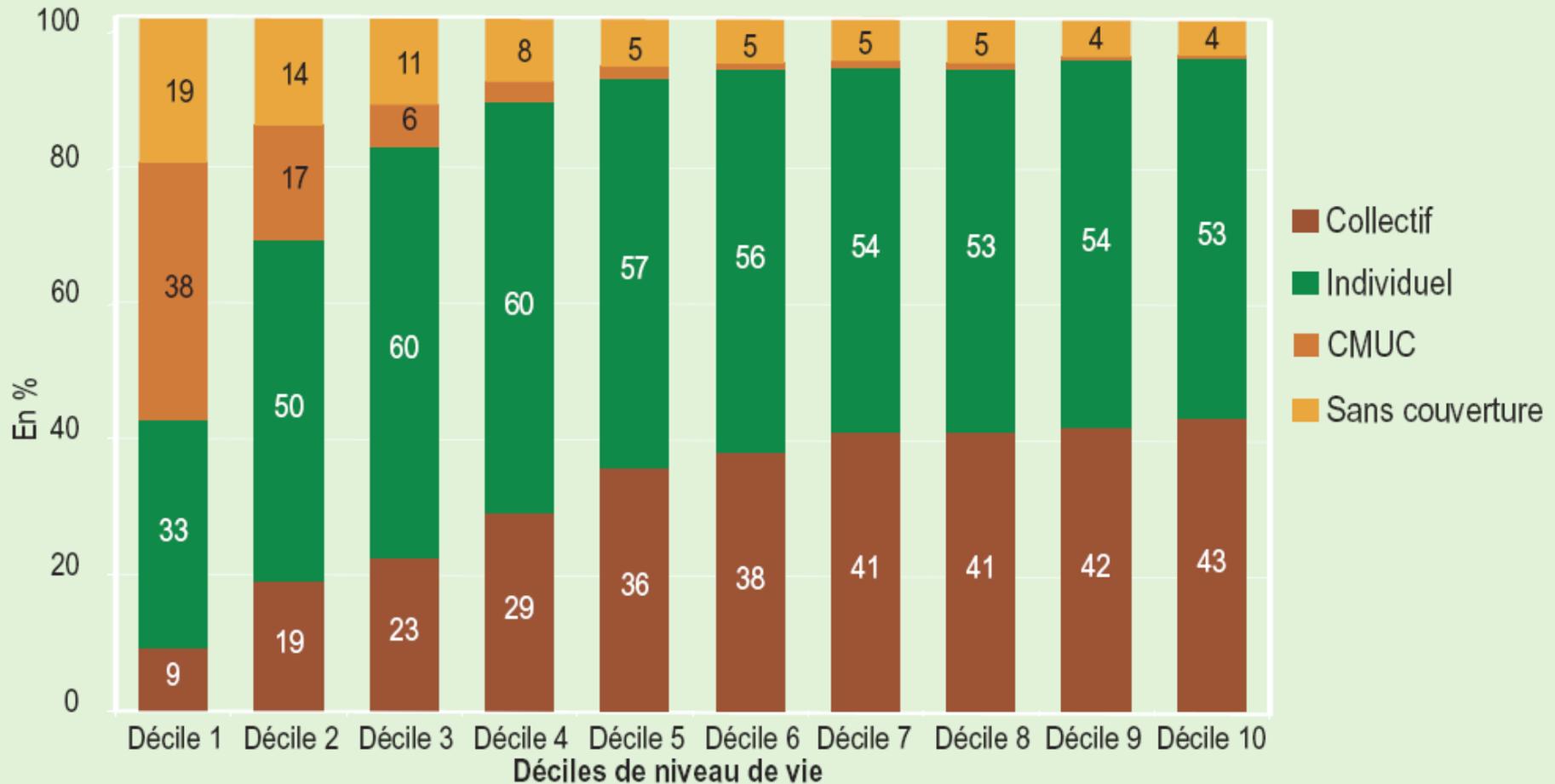
Source : Boisguérin, Després, Dourgnon, Fantin, Legal (2010), Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins, In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : IRDES, 2010/06, 31-40.

Inégalités d'accès à complémentaire santé en France

- En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur d'environ 75% par la sécurité sociale.
- Le reste à charge des patients peut-être être financé grâce à une assurance complémentaire :
 - obtenue gratuitement sous condition de ressources : la CMUC
 - obtenue par le biais de l'employeur (40%)
 - obtenue grâce à une cotisation volontaire
- Près de 8% de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé
- Cette proportion atteint 14 à 19 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes
- 53% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé

Pourcentage de personnes non couvertes par une assurance complémentaire

Couverture complémentaire et niveau de vie

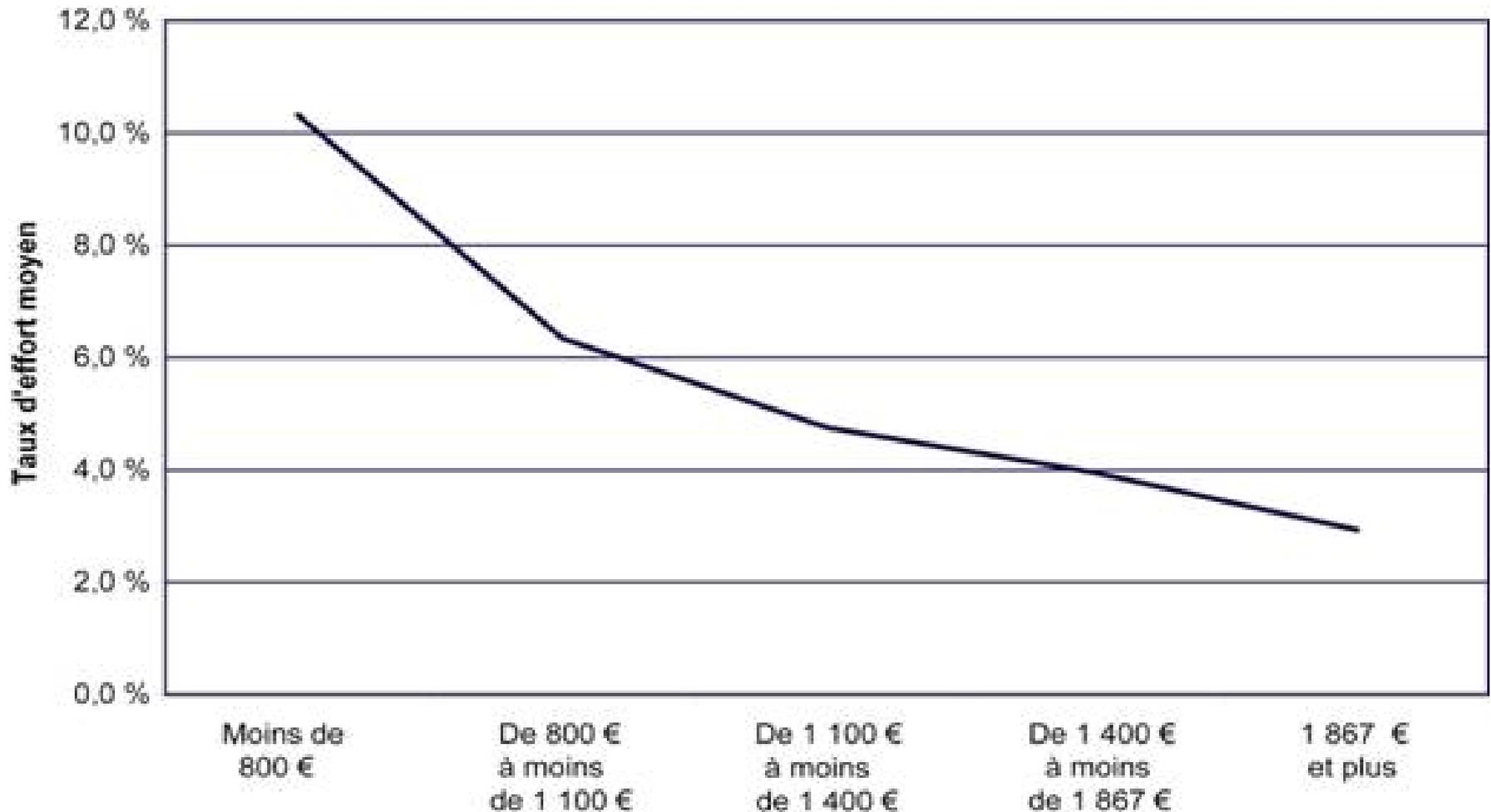


Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête SPS, IRDES - Traitement DREES.

Source : Arnould M-L. et Vidal G. (2008), « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires en 2006 », Etudes et Résultats, n°663.

Part du revenu disponible consacrée à l'achat d'une couverture complémentaire selon le niveau de revenu



Source : Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006) ", Questions d'économie de la santé, 132.

Les causes des inégalités de recours aux soins : les comportements des prescripteurs

- La mise en œuvre de politique d'accès théorique aux soins des plus pauvres ne garantit pas toujours leur accès réel aux soins : le cas des refus de soins aux bénéficiaires de la CMUC

Egalité réelle et formelle d'accès aux soins : le cas des refus de soins aux CMUistes

Catégorie de Médecins	Taux de refus de soins imputables à la CMUC à Paris en dec 2008-jan 2009 en %
Généralistes secteur 1	9,2
Généralistes secteur 2	32,6
Ophtalmologues secteur 1	9,1
Ophtalmologues secteur 2	31,3
Gynécologues secteur 1	17,4
Gynécologues secteur 2	40,2
Radiologues secteur 1	4,1
Radiologues secteur 2	6,3
Dentistes	31,6
Ensemble	25,5

Source : Desprès C., Guillaume S., Couralet P.E. (2009), « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens », rapport pour le Fonds CMU.

Les causes des inégalités de recours aux soins : les comportements des prescripteurs

- La mise en œuvre de politique d'accès théorique aux soins des plus pauvres ne garantit pas toujours leur accès réel aux soins : le cas des refus de soins aux bénéficiaires de la CMUC
- Des différences de comportements de prescription des offreurs selon le statut social du patient :
 - La qualité du diagnostic dépend de proximité socio-culturelle entre le patient et le médecin
 - La qualité du diagnostic dépend de la prévalence du problème de santé dans le groupe social auquel appartient le patient (réel ou stéréotype)
 - La décision médicale est prise en prenant en compte d'autres éléments que le diagnostic : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance...

Les causes des inégalités de recours aux soins préventifs : l'organisation des systèmes de santé

- Les travaux comparatifs sur le niveau des inégalités de consommation de soins préventif en Europe (Or et al., 2010) montrent que celui-ci est lié aux différences des systèmes de santé :
 - Les inégalités de recours sont plus importantes dans les systèmes où le **reste à charge des ménages** correspond à une part relativement plus importante des dépenses de santé
 - Elles sont au contraire réduites dans les pays où la part des **dépenses publiques** de santé est importante
 - Les inégalités de recours aux soins spécialisés sont plus faibles dans les **systèmes nationaux de santé** où les médecins généralistes jouent le rôle d'**orienteur** dans le système de soins.
 - Les inégalités plus fortes de recours aux soins de généralistes et de spécialistes sont plus fortes lorsque les médecins sont **rémunérés à l'acte**

Des leviers d'action possibles

Des actions à mener hors et au sein du système de soins

- Causes multiples des inégalités sociales de santé
- Trois types de politique sont envisageables :
 - politiques redistributives **en amont** du système de soins (éducation, revenu ou emploi)
 - politiques **intermédiaires** visant les facteurs de risque (hors et au travail)
 - politiques **en aval** ciblant le système de soins (prévention et accès)
- L'expérience des pays européens et les interventions évaluées montrent que des actions sont possibles hors et au sein du système de soins, notamment par la mobilisation des soins primaires, en coordination avec des acteurs des autres secteurs concernés.
 - Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
 - Leleu H., Jusot F., Bourgueil Y. (2010), Addressing Inequalities Interventions In Regions : Literature review, rapport dans le cadre du projet AIR