

Inégalités sociales de santé : définitions, outils de mesure, pourquoi il est important d'intégrer ce sujet dans les politiques de santé

Florence Jusot et Bruno Ventelou

Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS)
IRDES



CNRS
Aix-Marseille Université AMSE



Introduction



- Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé (ISS)
le constat ...voyons déjà ça à partir de données statistiques
- Ces inégalités constituent un objectif prioritaire de santé publique
une petite incursion en philosophie sociale et politique

Plan de la présentation

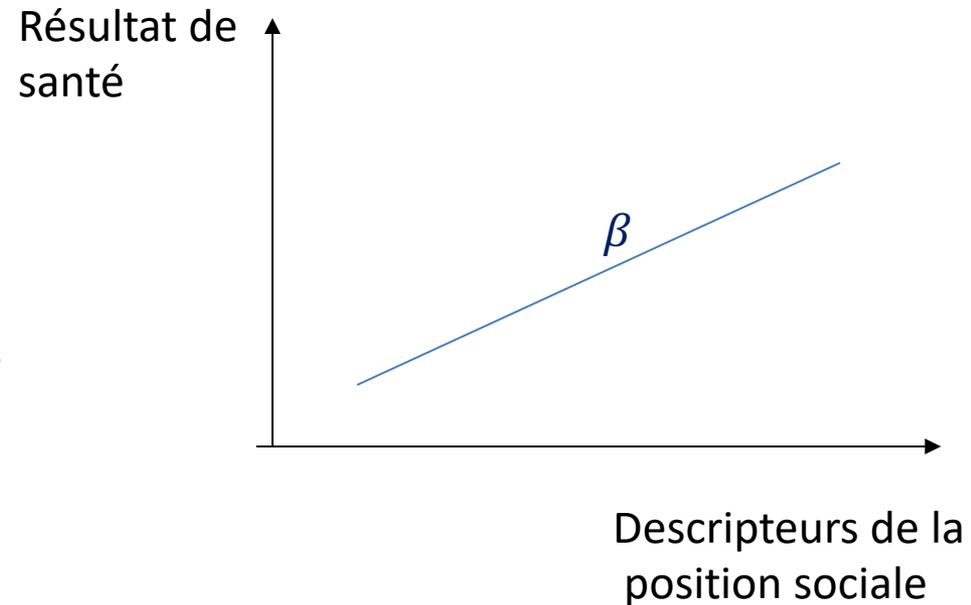
1. Définitions, mesures, situation en France comparée au RDM
2. Pourquoi Il est important d'intégrer ce sujet dans les politiques
3. Inégalités d'accès aux soins, une première piste pour intervenir

Les inégalités sociales de santé : définition / outil de mesure

Les inégalités sociales de santé: définition

Le « gradient »

= une **pente (+)** dans la relation entre 'bonne santé' et 'statut socio-éco'

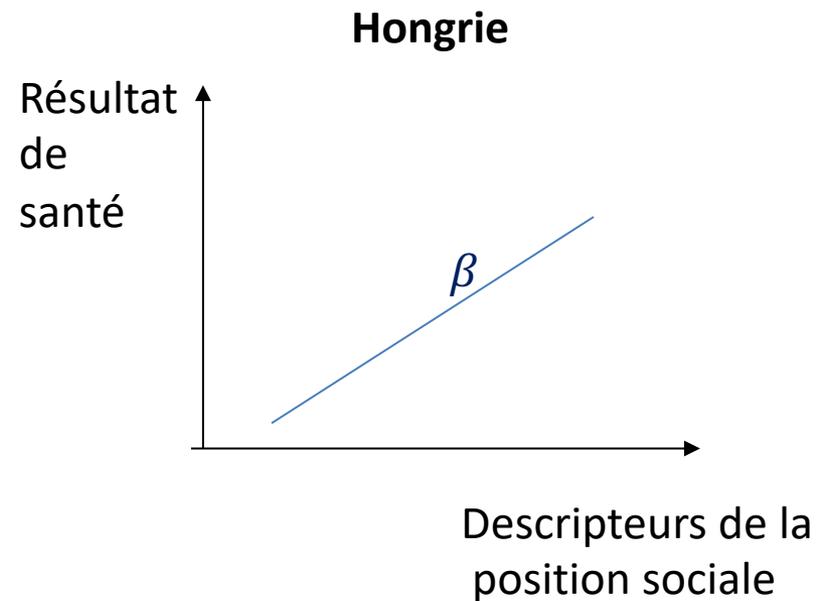
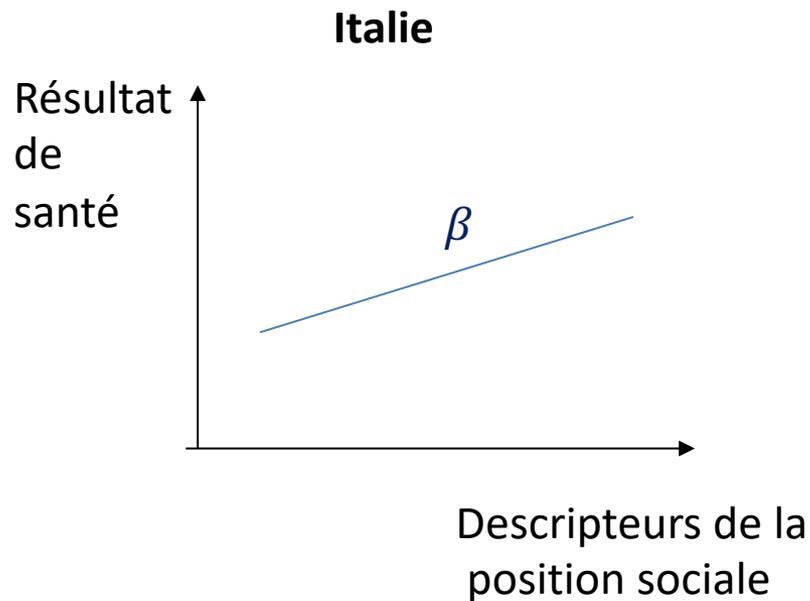


$$y_i(\text{santé}) = \beta \cdot SES_i(\text{statut SE}) + \alpha \cdot \text{Controls}(\text{age, sexe, ...}) + \mu_i$$

Les inégalités sociales de santé: définition

Le « gradient »

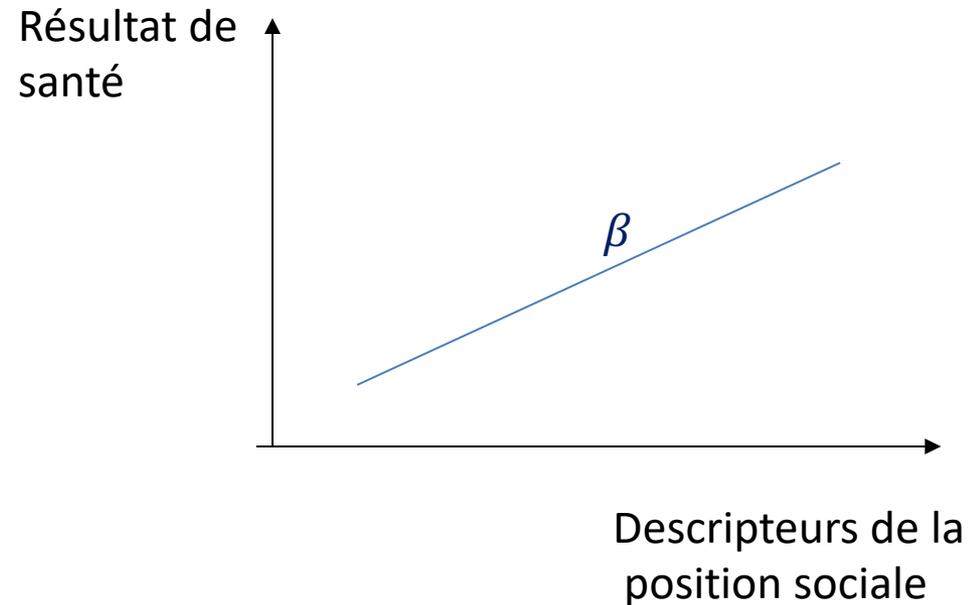
= un phénomène universel... Mais dont l'intensité varie...



Les inégalités sociales de santé: définition

Le « gradient »

= une pente (+) dans la relation entre
'bonne santé' et 'statut socio-éco'



Ceci fait l'impasse sur:

- la réflexion sur les indicateurs de **'résultat de santé'**
- la réflexion sur les indicateurs de la **position sociale / 'statut socio-économique'**
- sur les **« mécanismes »** (les sources) de ce gradient

Les inégalités sociales de santé

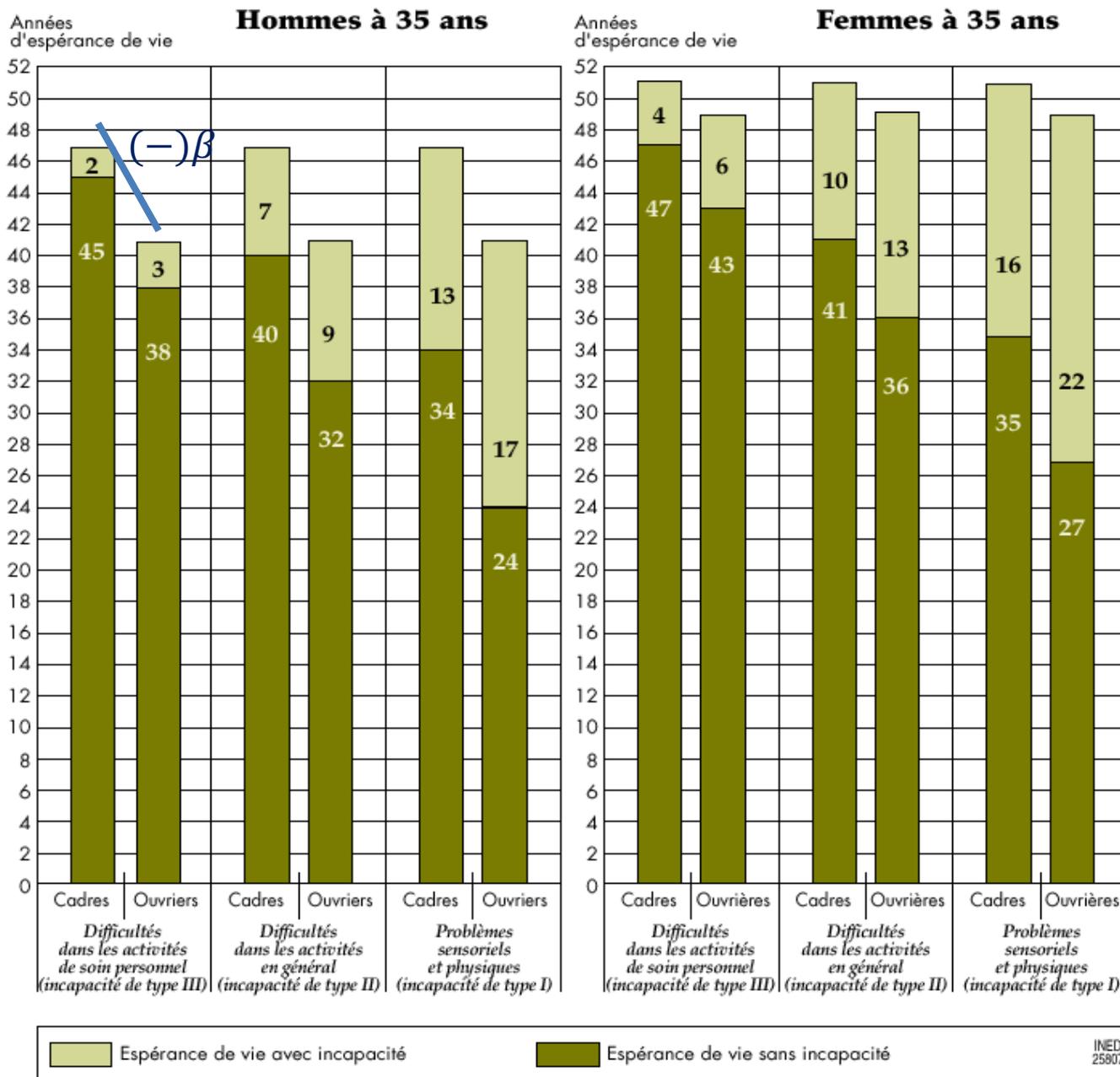
Pour une observation d'abord très globale (statistique), en France, faisons simple :

Résultat de santé = **espérance de vie à 35 ans**

Indicateur de position sociale = **catégorie socio-professionnelle**

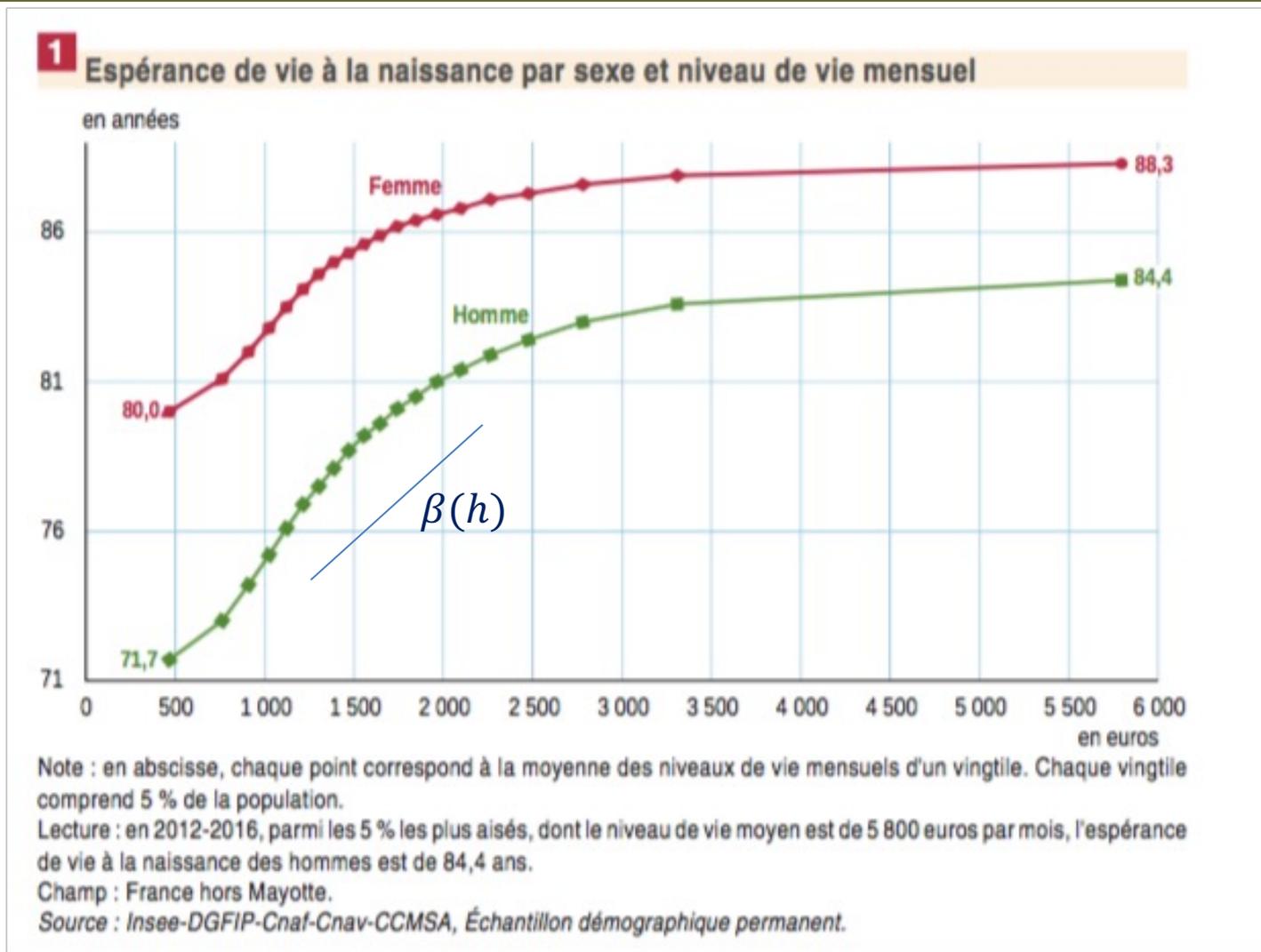
Résultat de santé
= espérance de
vie à 35 ans
+
« Qualité de vie »

Indicateur de
position sociale
= catégorie socio-
professionnelle



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.

On change de descripteur de position sociale: Espérance de vie selon le niveau de revenu

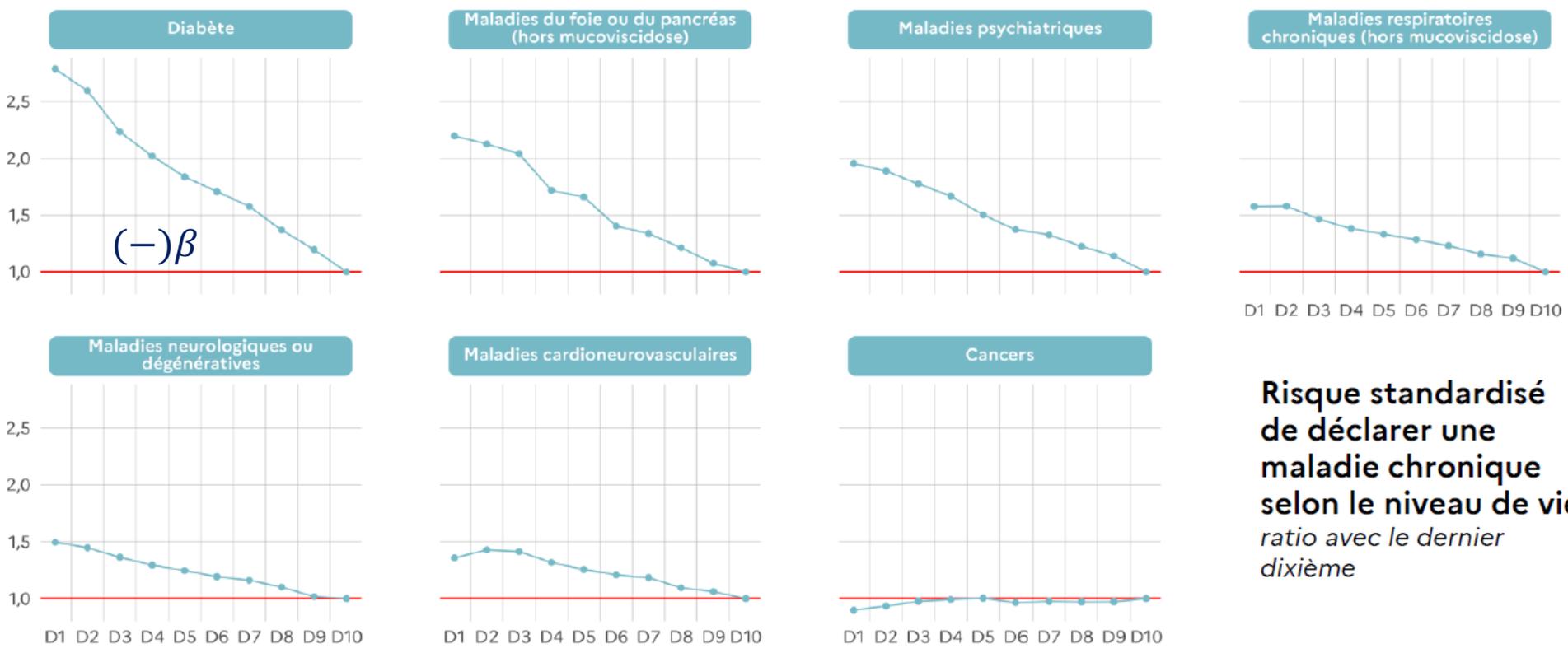


Blanpain N. (2018), « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », Insee Première, 1687.

Travaux DREES EDP-santé: les maladies chroniques

Selon le niveau de revenu

- **Sources:** Echantillon démographique permanent - **appariement** individuel **SNDS**
- **RARE!** – car point aveugle en France dans le croisement maladies & position sociale!

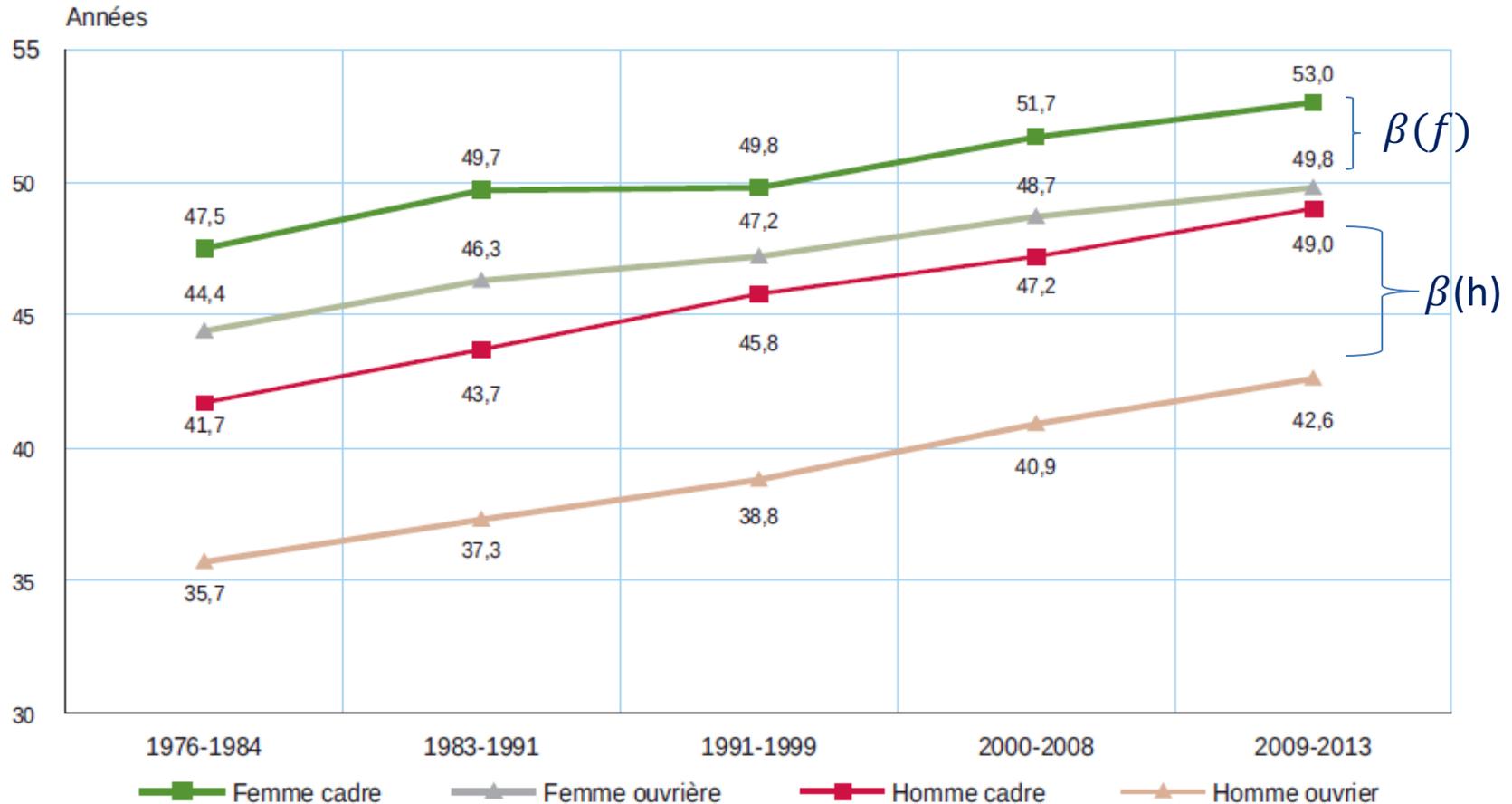


Risque standardisé de déclarer une maladie chronique selon le niveau de vie
ratio avec le dernier dixième

Les inégalités sociales de santé: mesures dans le temps

- Avec le temps (et la successions des politiques sociales et sanitaires en France), les inégalités sociales de santé ne semblent pas se réduire, au contraire

Evolution de l'espérance de vie à 35 ans: pour des données plus récentes (et H et F)



Blanpain N. (2016), « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, 1584.

On change de descripteur de position sociale: Risque relatif de décès selon le niveau de diplôme

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 $\beta(h, 70's)$	1.34	1.34	1.43 $\beta(h, 90's)$
Bac et plus	1	1	1	1

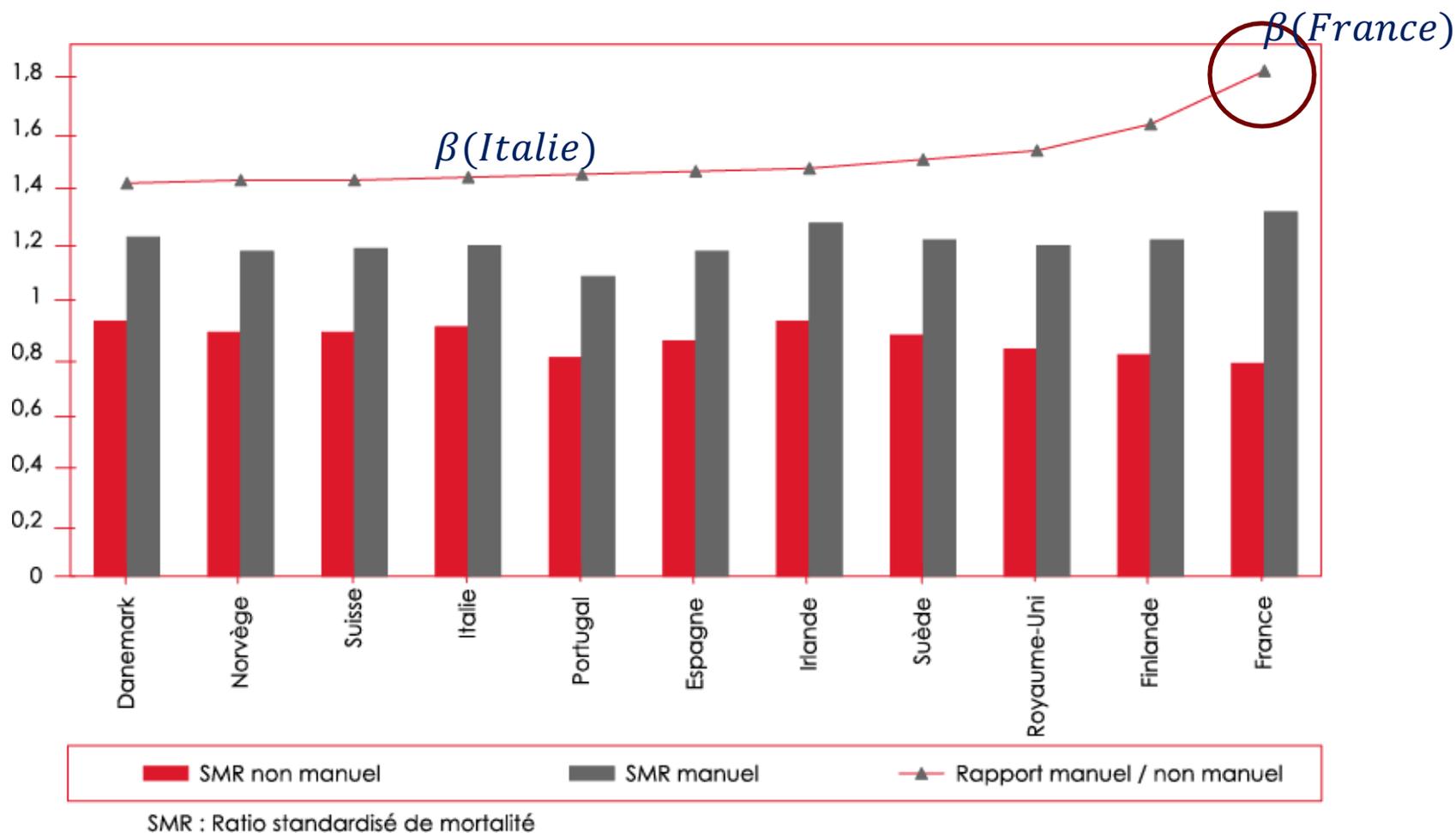
Niveau de diplôme	1968-1974 (femmes)	1975-1981 (femmes)	1982-1988 (femmes)	1990-1996 (femmes)
Aucun	1.60	1.72	1.86	2.203
CEP	1.23	1.26	1.30	1.36
Diplôme prof.	1.09	1.13	1.20	1.22
Bac et plus	1	1	1	1

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.

Les inégalités sociales de santé: en comparaison internationale

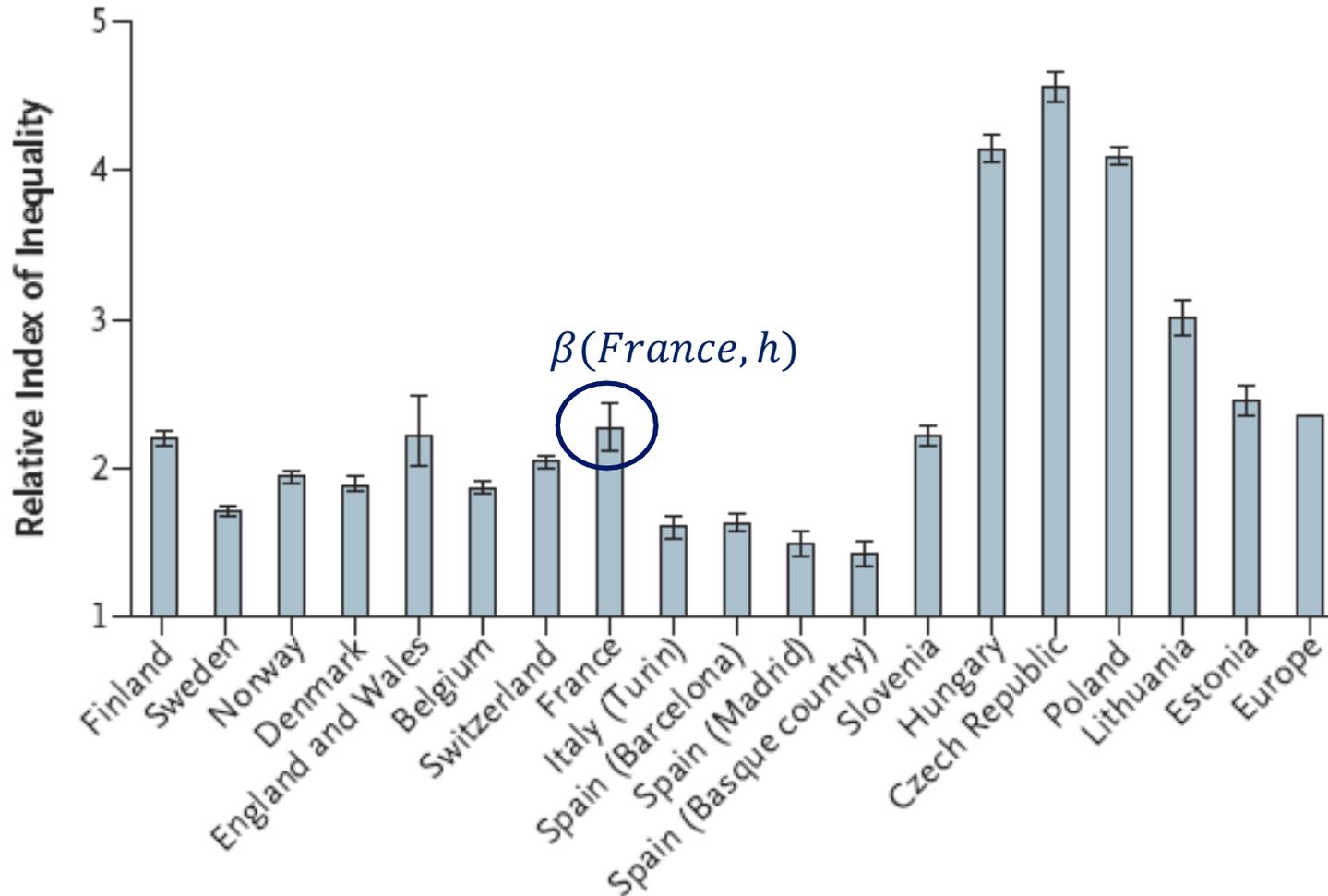
- La France est le pays de l'Europe des Quinze (avant l'élargissement à l'Europe Centrale) où les différences de risque de décès entre manuels et non manuels sont les plus élevées

Rapport comparatif de mortalité entre 45 et 59 ans des non manuels et des manuels dans 18 pays d'Europe (hommes)



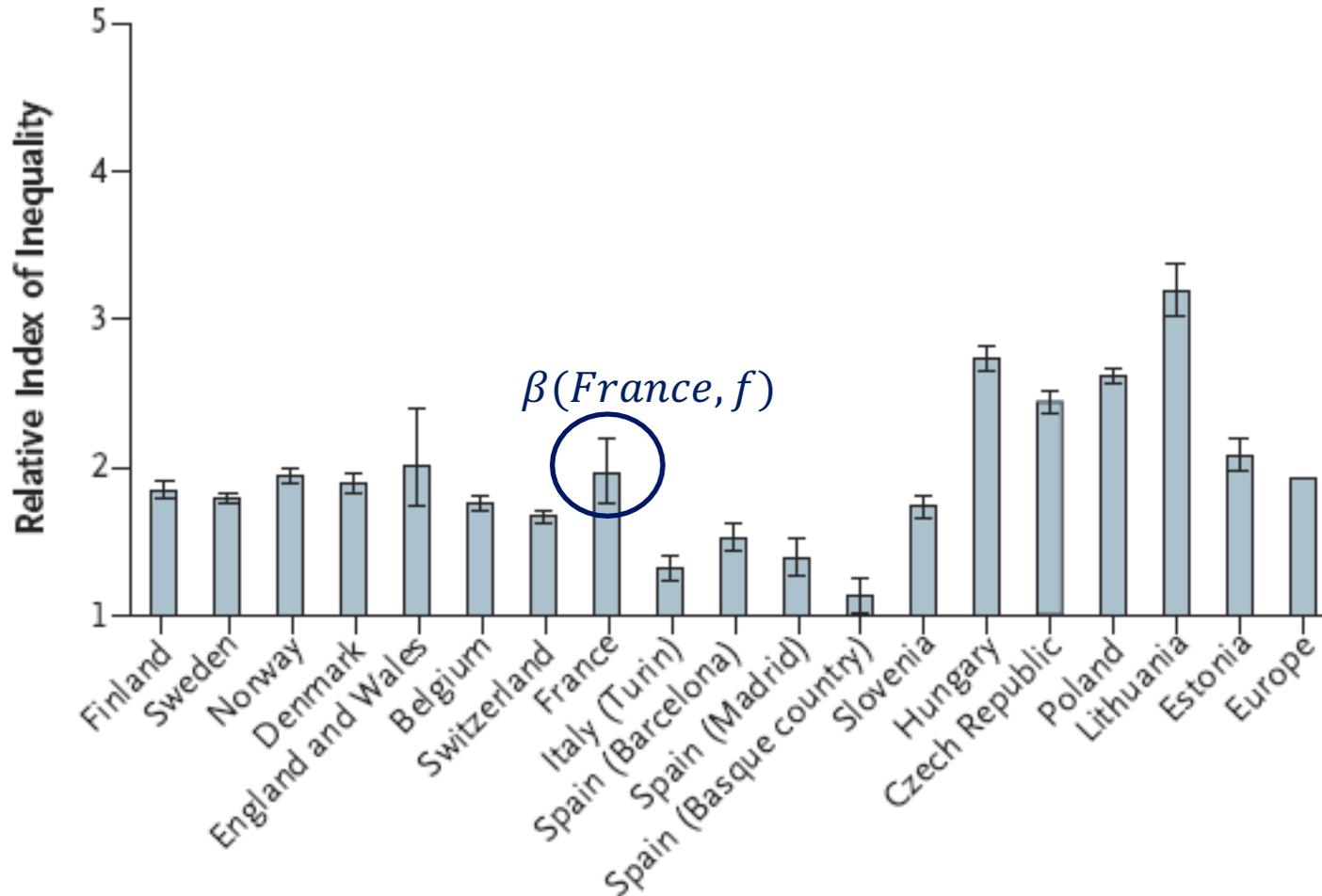
Source : Kunst A.E., Groenhof F., Mackenbach J.P. and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (2000) "Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les Inégalités sociales de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

La dimension territoriale

■ SES, territoires, et santé?

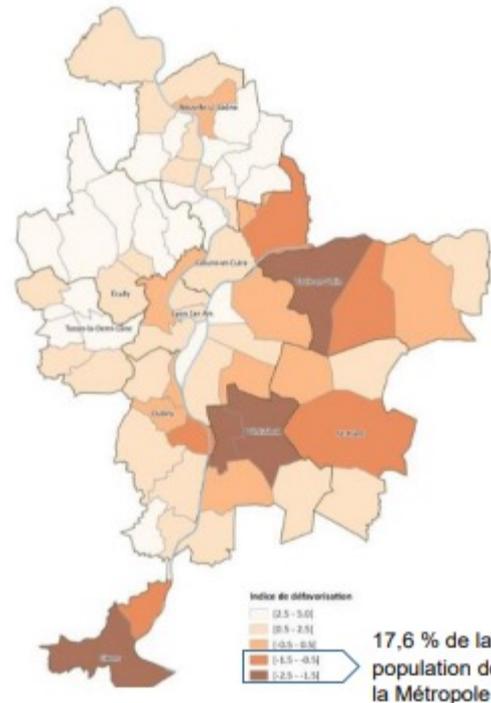
Confusion? Difficile de désintriquer lieu de vie et marqueurs de position sociale...



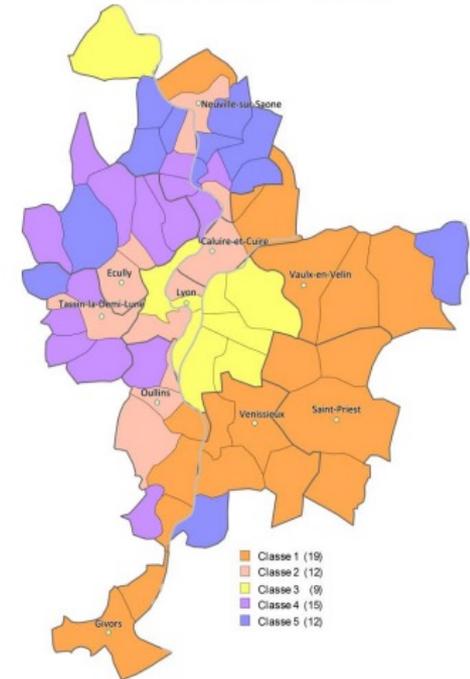
Modèle stats: Régressions sur :
-Position sociale (CSP) ✓
-Lieux de vie (défavorisation) ✓

Les deux fonctionnent en même temps: *effet toutes choses égales par ailleurs* (CSP ET contexte géo)

Indices communaux de défaveur sociale



Typologie des communes de la Métropole de Lyon : analyse croisée cadre de vie, démographie, exposition pollution air/bruit, radon, et données sanitaires



Défavorisation sociale et qualité environnementale
Métropole de Lyon, par communes

2. Pourquoi il est important d'intégrer ce sujet dans les politiques et les pratiques de santé

HCSP – GROUPE DE TRAVAIL ISTS – LA GRILLE

Le groupe de travail Inégalités Sociales et Territoriales de Santé a pour objectifs : d'identifier comment les politiques publiques agissent sur l'apparition ou l'évolution des inégalités ; (...) ; et **de veiller à la prise en compte des ISTS dans les travaux du HCSP.**

**Pour tout
Avis du
HCSP**

Etape 1

Afin de déterminer si un livrable du HCSP se doit d'utiliser la grille, il convient que le groupe de travail se pose les questions suivantes :

*Les recommandations concernent elles des personnes ou des populations ?
(en dehors des questions strictement biologiques ou techniques)*

OUI NON

Existe-t-il une possibilité que les recommandations aient un effet sur un aspect quelconque de la santé qui soit variable selon les caractéristiques sociales, économiques, territoriales des personnes ?

OUI NON

Inégalité et iniquité... un objectif de santé publique

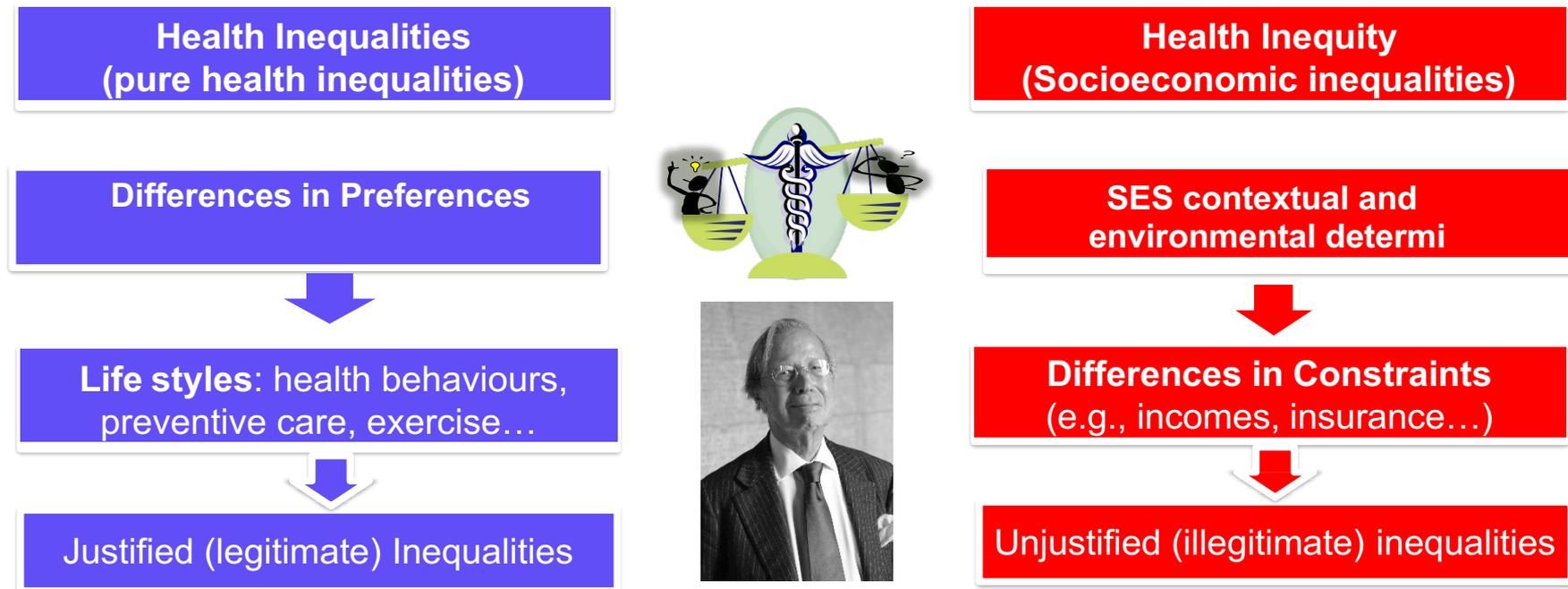
- **Commission des déterminants sociaux de l'OMS** « Comblers le fossé en une génération - Instaurer l'**équité** en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé» (2008)
 - Un fondement: les **inégalités** sociales de santé sont **évitables** et **injustes**
 - Trois recommandations principales :
 - Améliorer les conditions de vie et d'accès aux soins des plus démunis
 - 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

Peut-on caractériser le caractère inique des inégalités?



Inégalités et iniquités: en adoptant la thèse de l'adversaire...

* Individual responsibility (Dworkin). Do all differences in health imply “inequity”?



Pour faire bref: différences **consenties (efforts)** = différences **subies** (liées aux circonstances)

• Neglecting

- Correlation between preferences and context
- Precise assessment of the relative weights

Inégalités et iniquités: en adoptant la thèse de l'adversaire...

- Effort ou circonstance?

Hypothèse conservatoire:

...considérons (même...) que certaines expositions à des facteurs de risque soient des « choix » (tabac, alcool, etc., qu'on regroupe dans les « contrôles », α).

Effort *versus* circonstances

Économie et Statistique
n° 455-456 - 2012

Systemes de santé

SANTÉ

Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou reflet des comportements à risques ?

Florence Jusot *, Sandy Tubeuf ** et Alain Trannoy ***

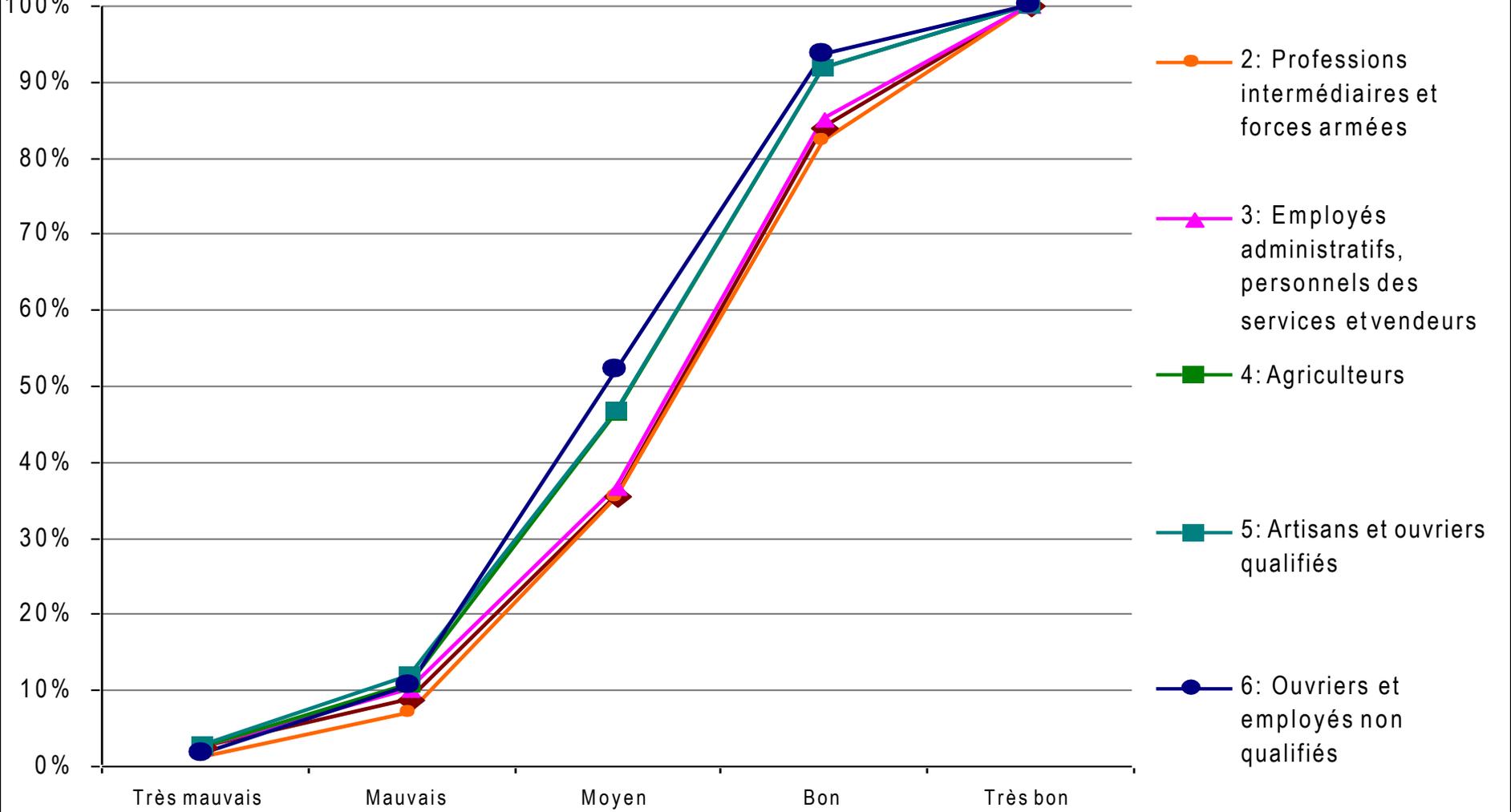
Décomposition des inégalités de santé selon les sources d'inégalités

Modèle	Contribution des circonstances (%)	Contribution de l'effort (%)	Contribution des caractéristiques démographiques (%)
Scénario naïf	45,69	6,71	47,59
Scénario à la Roemer	46,43	6,14	47,43



= la part des inégalités de santé liées aux conditions dans l'enfance (46%, $\beta \cdot x$), et celle liées aux comportements à risque (7%, $\alpha \cdot z$)...

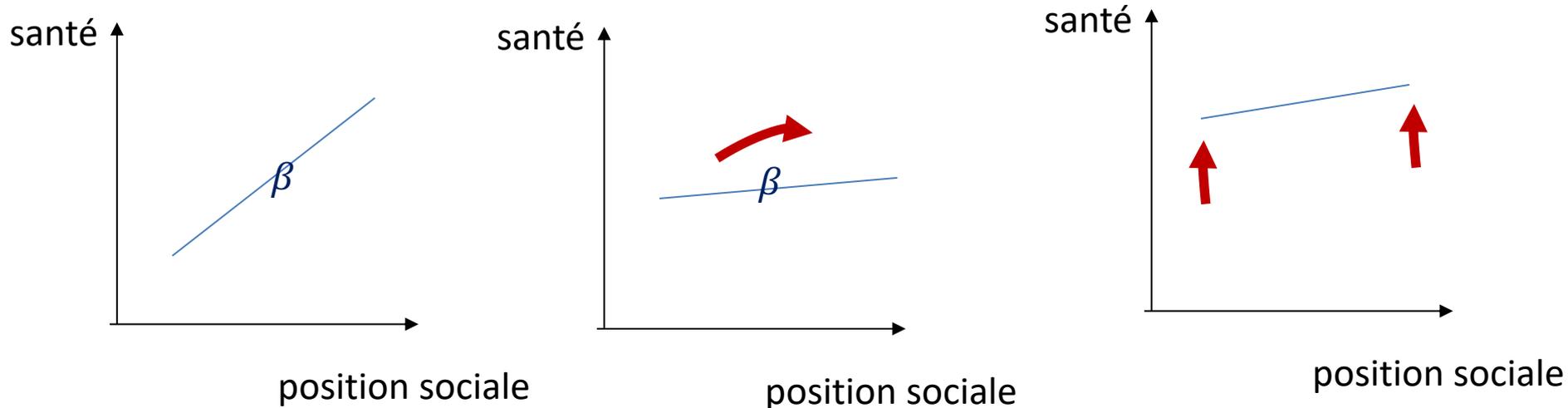
On n'est pas responsable de la profession de son père... : Fonction de répartition de l'état de santé perçu des personnes enquêtées selon la profession de leur père



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.

Équité ...et efficacité?

Ici, pour une fois, bons amis



■ Ingénierie socio-sanitaire (19^{ième} s) et dividende épidémiologique

- Dans le cas des maladies **transmissibles**: réduire la **variance** (inter-sociale) = Effet positif sur la **moyenne**
- Position du Préfet **Rambuteau**, hygiénisme urbain : un meilleur environnement chez les pauvres = moins de maladies infectieuses

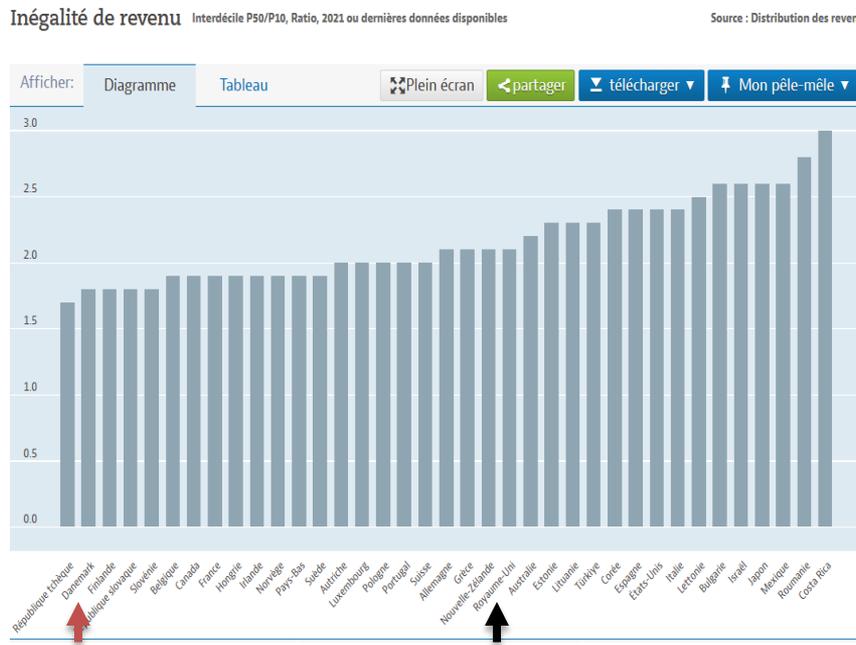


La France, une « passion de l'égalité »... qui s'arrêterait aux revenus monétaires?



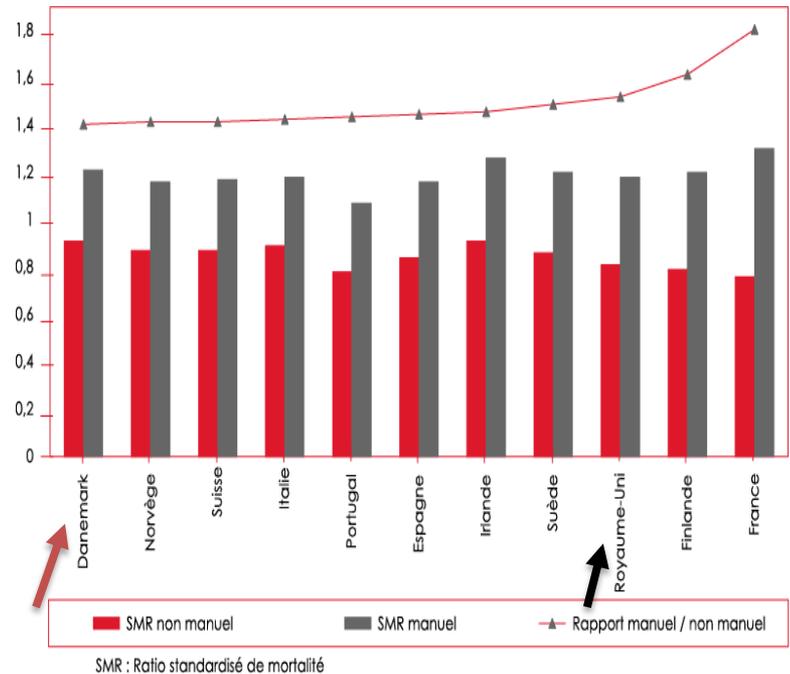
Ingénierie socio-sanitaire et dividende politique?

- Bizarre que la France fonctionne avec de tels écarts en santé... Cf ci-dessous : la comparaison internationale fait apparaître une 'dissonance' revenu/santé (**Danemark**, UK, **France**)



Danemark,

UK



Danemark,

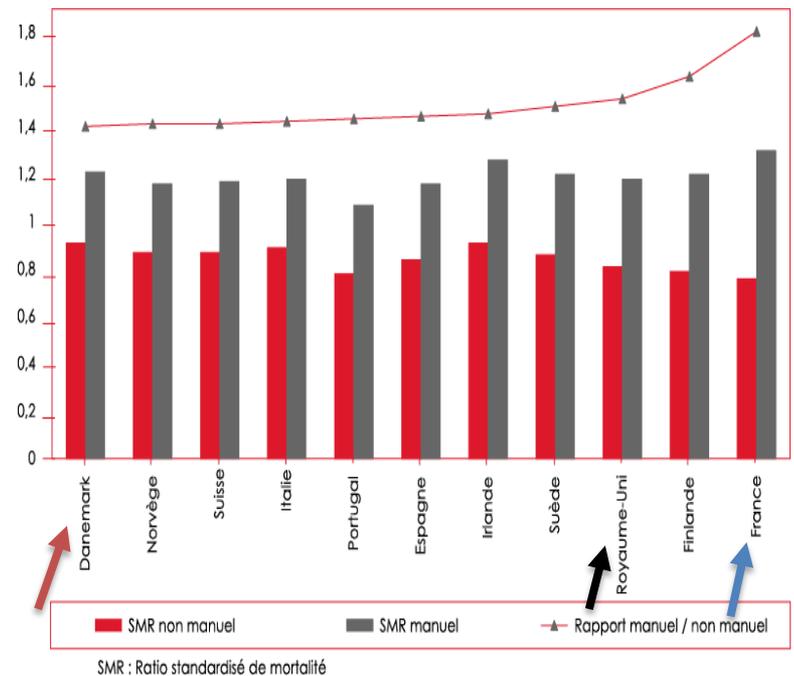
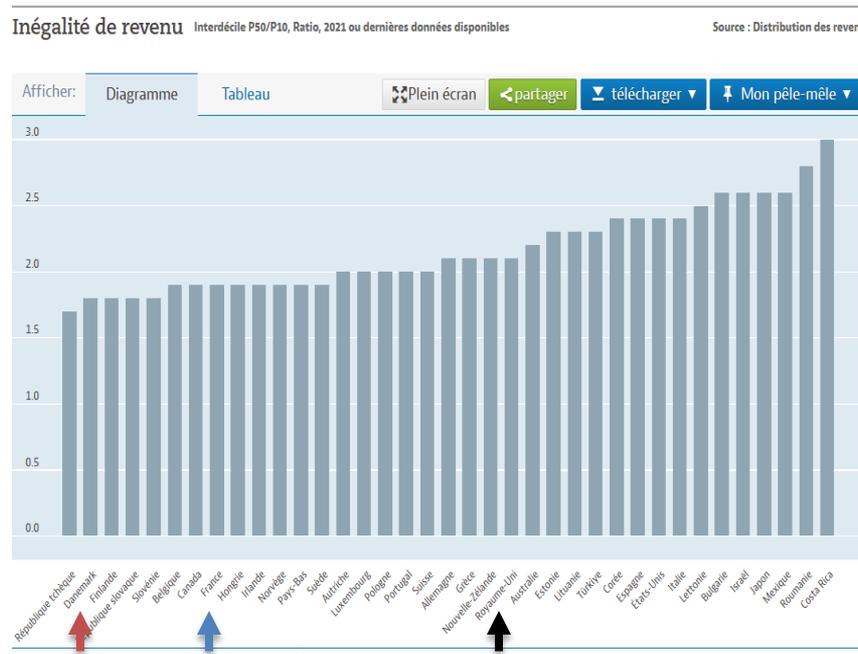
UK

La France, une « passion de l'égalité »... qui s'arrêterait aux revenus monétaires?



■ Ingénierie socio-sanitaire et dividende politique?

- Bizarre que la France fonctionne avec de tels écarts en santé... Cf ci-dessous : la comparaison internationale fait apparaître une 'dissonance' revenu/santé (**Danemark**, UK, **France**)



- Le traitement des inégalités de santé pourrait être payant **électoralement**



■ Ingénierie socio-sanitaire et dividende sociétal

- La santé comme un « **bien premier** », condition de la Justice en amont du jeu social

Donner à tous les mêmes conditions initiales pour bien choisir ou bien agir



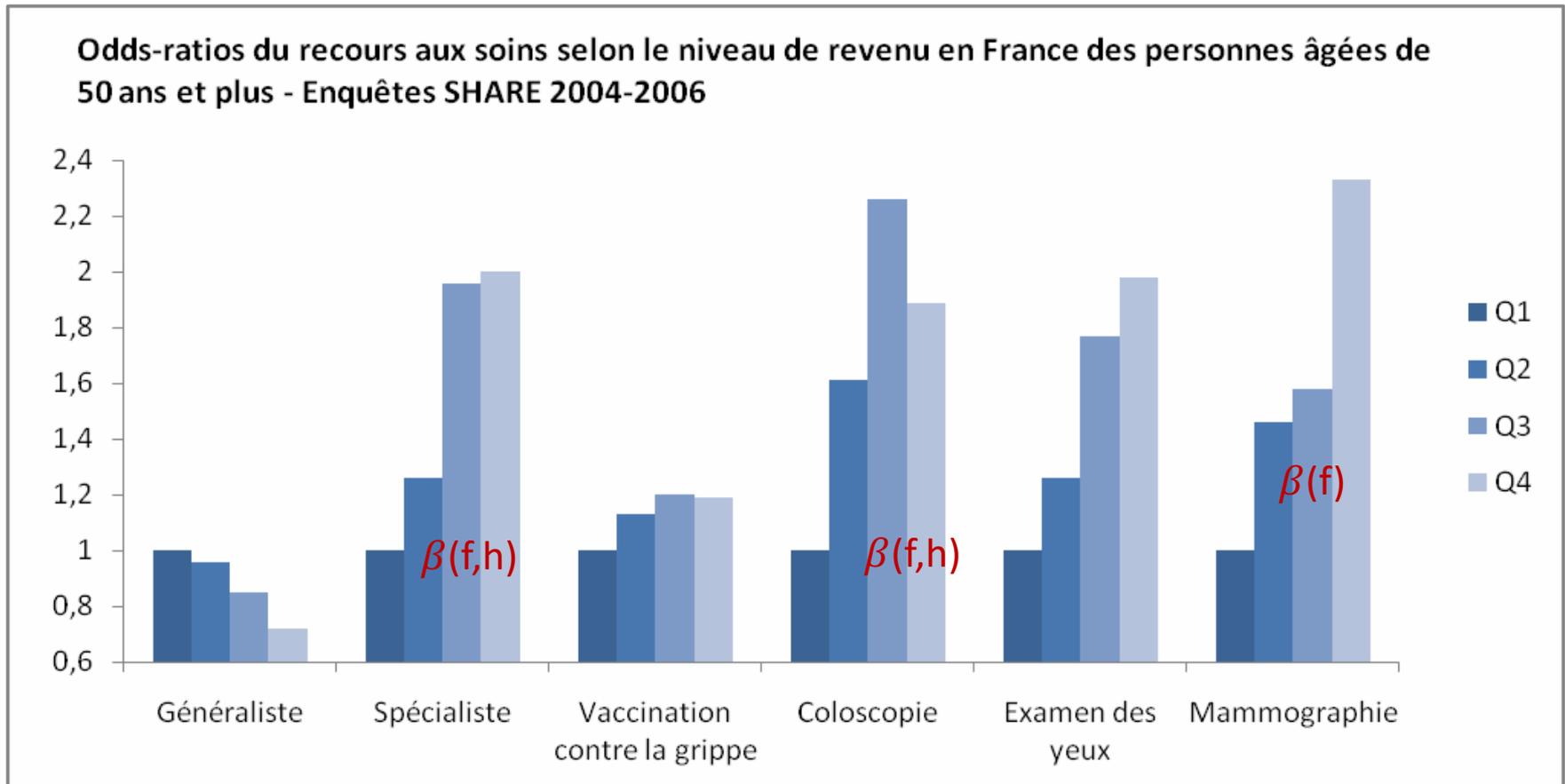
- +quand recherche de **l'objectif d'égalité économique réelle** :
Vu la force du lien ' santé => défavorisation sociale ' (dans ce sens), il se pourrait bien que l'intervention sur la santé soit plus efficace que l'intervention ex post sur les distributions de revenus

3. Inégalités d'accès aux soins, une première piste pour intervenir

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

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**

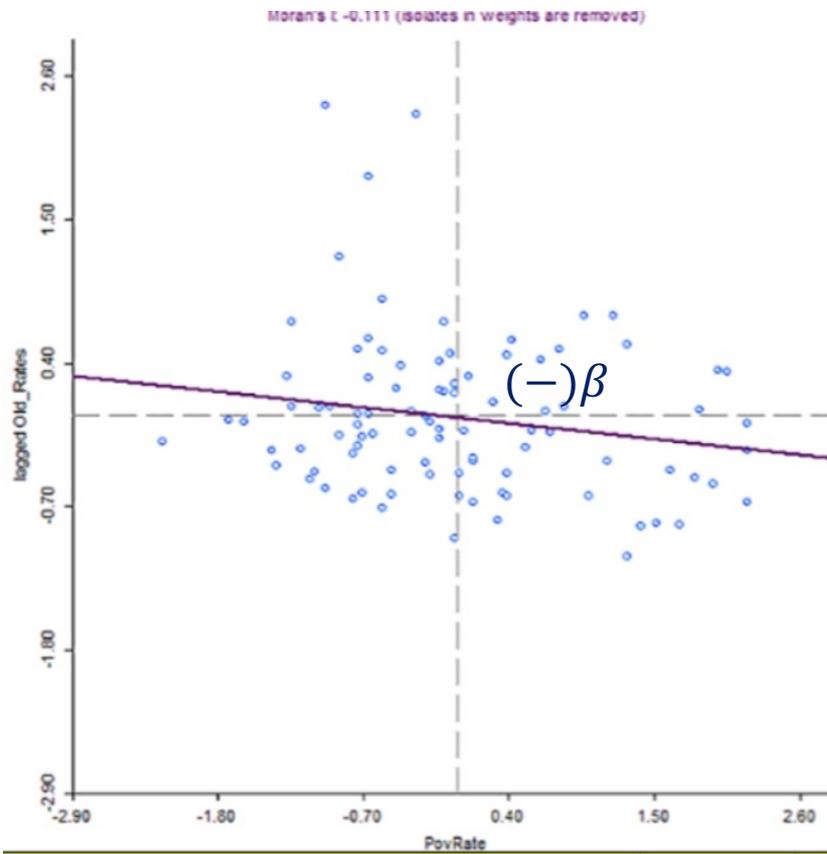
Egalité formelle et réelle d'accès aux soins : le cas des refus de soins aux CMUistes

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 et de dentistes parisiens », rapport pour le Fonds CMU.

Accès à la médecine personnalisée du cancer en France : le territoire de résidence du patient

Kembou Nzale S, Weeks W, ... Barlesi F, Ventelou B. Inequity in access to personalized medicine in France. **PLOS ONE**, 2020, 1;15.



Avril 2012 - avril 2013,
Calculs d'accès sur patients diagnostiqués avec un cancer avancé du poumon non à petites cellules, et **orientés –ou pas-** vers un test génétique

Taux d'accès par départements
(sur un gradient riche-pauvre)

Les inégalités de recours aux soins et organisation des système de santé



Inégalités de recours aux soins en Europe
Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?

Zeynep Or, Florence Jusot, Engin Yilmaz

DANS **REVUE ÉCONOMIQUE** 2009/2 (Vol. 60), PAGES 521 À 543

- Les travaux comparatifs montrent que le niveau des inégalités de consommation de soins en Europe peut, en partie, être associé 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; et sont au contraire réduites dans les pays où la part publique des dépenses de santé est importante
 - Les inégalités de recours aux soins sont plus faibles dans les systèmes nationaux de santé où les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins. Soins primaires !!

Les inégalités de recours aux soins (dentaires) et organisation des système de santé

ISS et raréfaction de la ressource médicale...

Le cas des dentistes (& déserts médicaux)

Pente selon deux densités par départements (H . L)

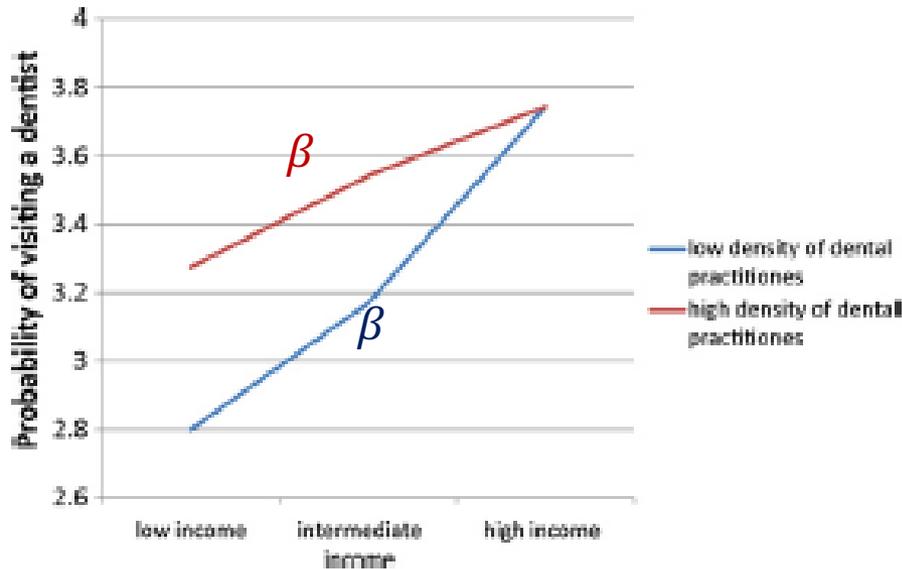


Fig. 1. Probability (%) of visiting a dentist during the previous year, by income and DDP.



Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: A multilevel analysis with a view on socio-economic inequality

Laurence Lupi-Pegurier^{a,e,f,*}, Isabelle Clerc-Urmes^{a,b,c}, Mohammad Abu-Zaineh^{a,c}, Alain Paraponaris^{a,b,c}, Bruno Ventelou^{a,d}

^a INSERM U912 (SEAS), Marseille, France
^b Université Aix Marseille, IRD, UMR-S912, Marseille, France
^c ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, France
^d CNRS GREQAM, Marseille, France
^e LOM (Laboratoire de Microbiologie Orale) URED1 Université de Nice Sophia Antipolis, France
^f Pôle d'odontologie, CHU de Nice, France

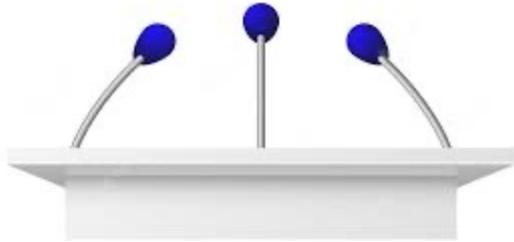
ARTICLE INFO

Keywords:
Oral health services
Multilevel

ABSTRACT

Objectives: To examine the relations between density of dental practitioners (DDP) and socio-economic and demographic factors shown to affect access to dental care for the elderly.

Certains contextes/efforts politiques/ permettent d'aplanir le gradient



MERCI DE VOTRE ATTENTION