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

Florence Jusot

Université de Rouen

Introduction

- Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé, 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

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 moins de 41 ans, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre plus de 47 ans
 - A 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre moins de 49 ans, alors qu'une femme cadre peut s'attendre à vivre près de 52 ans
- Ces inégalités existent pour tous les indicateurs de santé : mortalité, maladies, incapacités, état de santé perçu

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 2000-2008	Cadre	Prof. Interméd.	Agriculteur	Artisan commerç.	Employé	Ouvrier	Inactif	Ens.
Hommes	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8
Femmes	51,7	51,2	59,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4

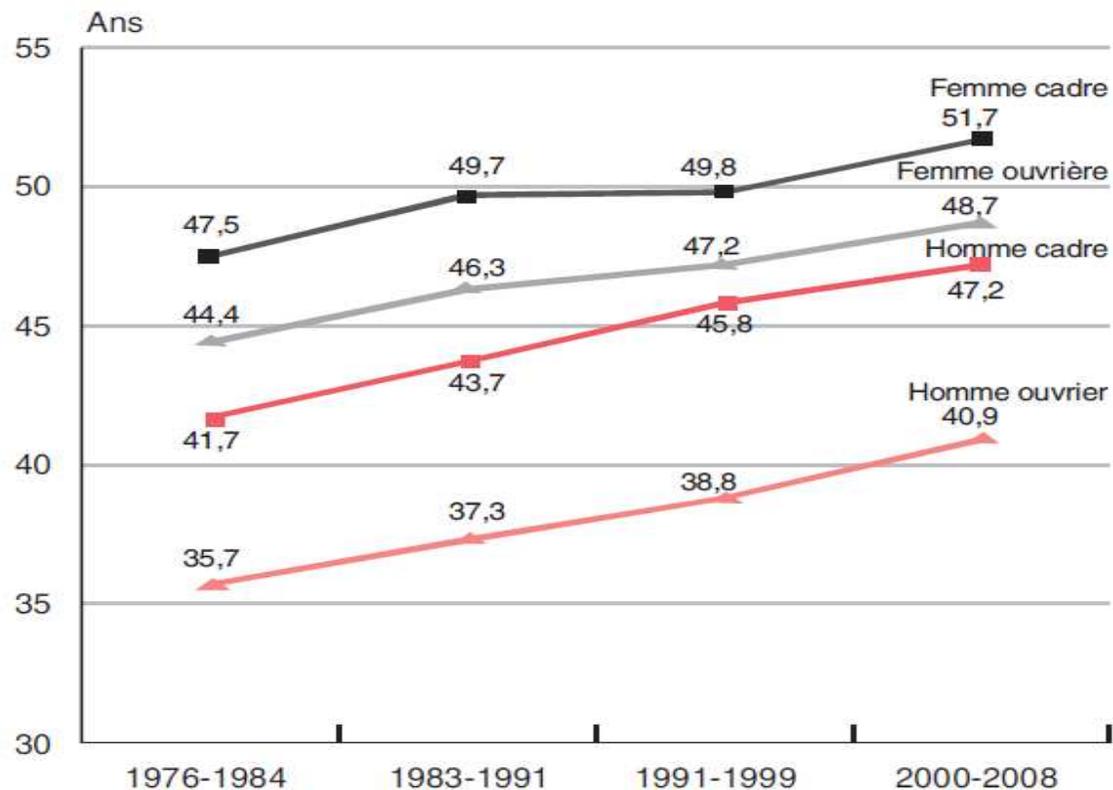
Source : Blanpain N. (2011), "L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent", Insee Première, 1372.

Le constat des inégalités sociales de santé

- Les inégalités sociales de santé ne semblent pas se réduire depuis 40 ans

Evolution de l'espérance de vie à 35 ans des ouvriers et des cadres en France (Blanpain, 2011)

① Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

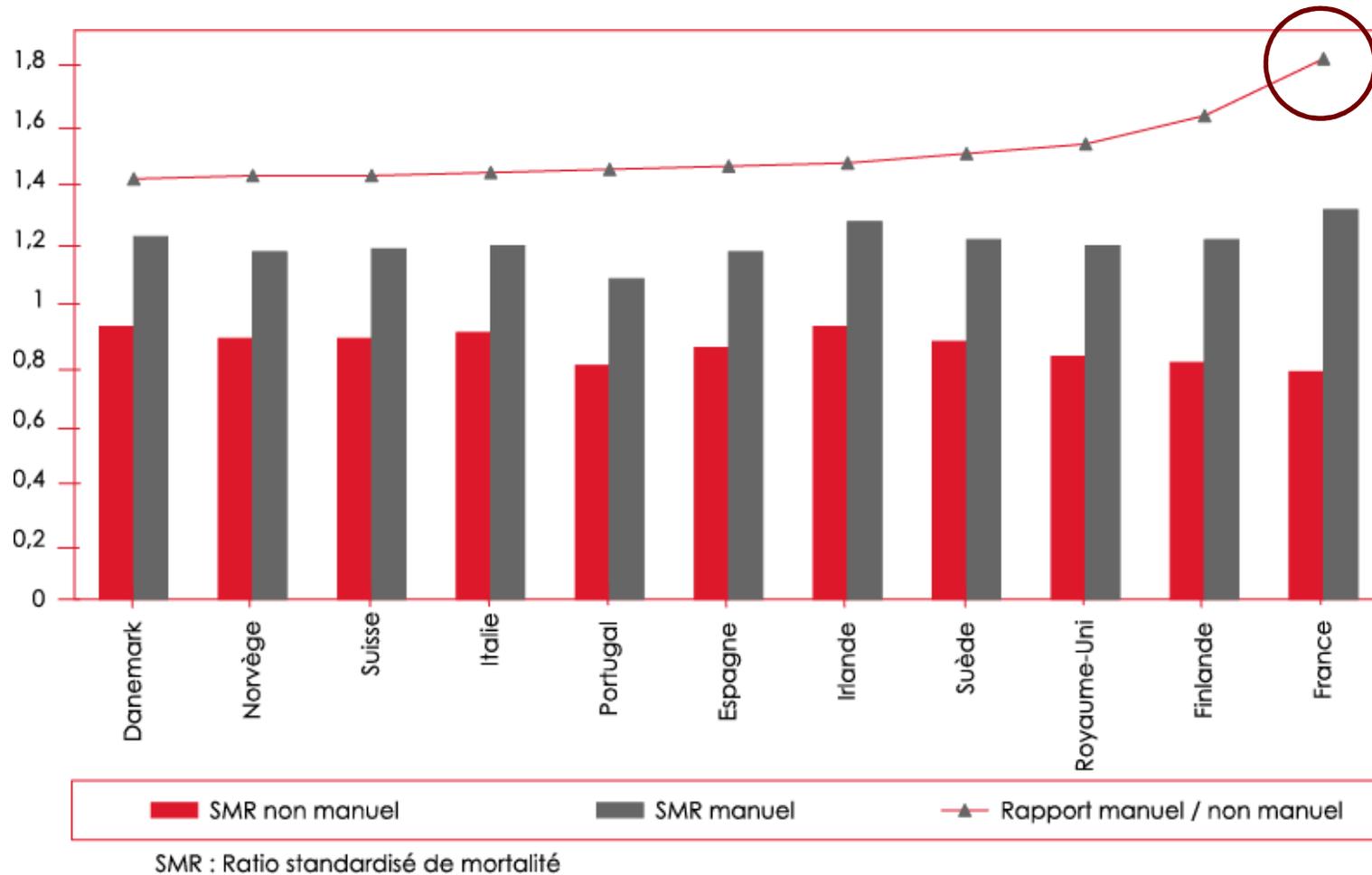
Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Le constat des inégalités sociales de santé

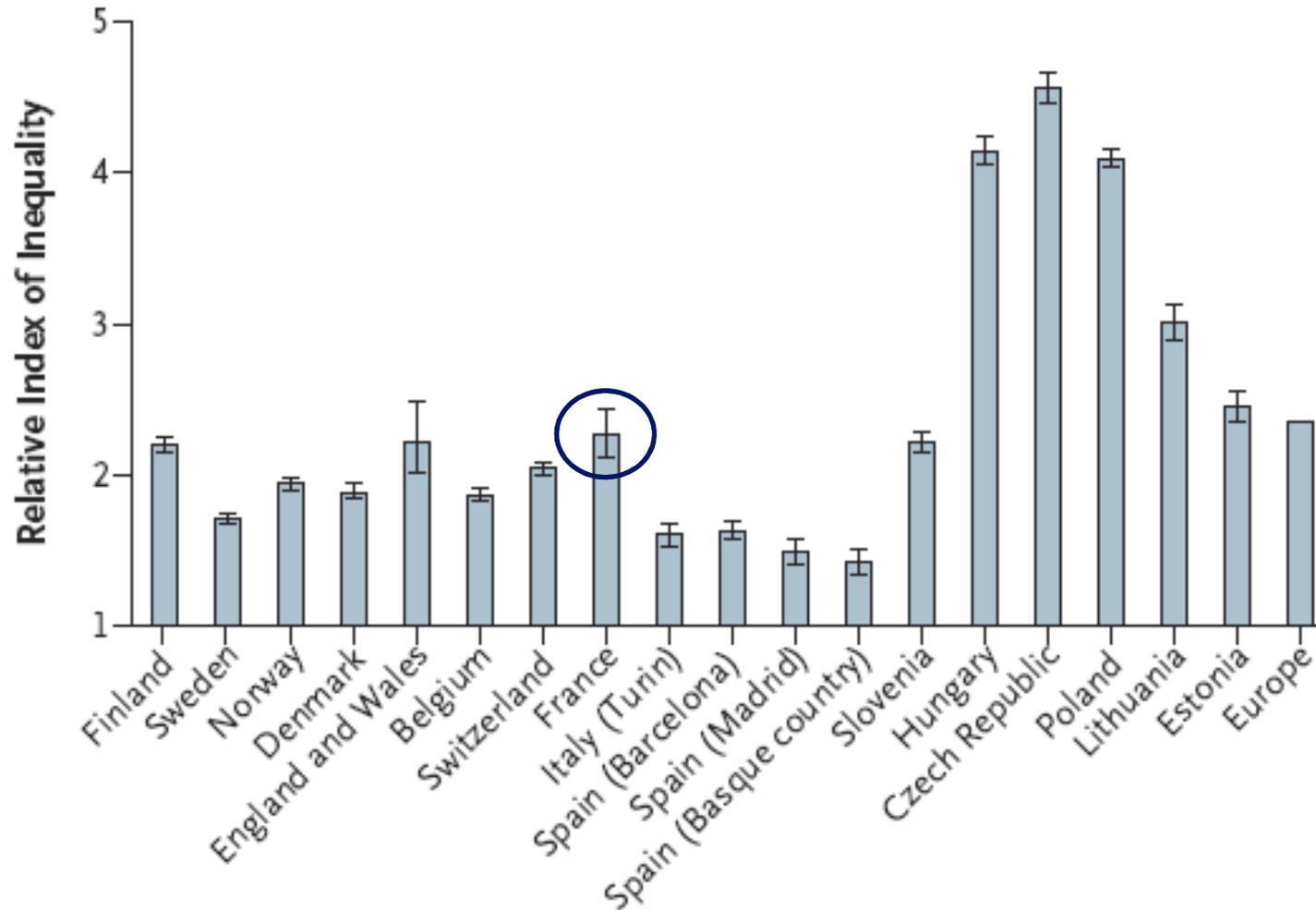
- La France est le pays de l'Europe des Quinze où les différences de risque de décès avant 65 ans entre manuels et non manuels sont les plus élevées

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., 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.

Les causes des inégalités sociales de santé

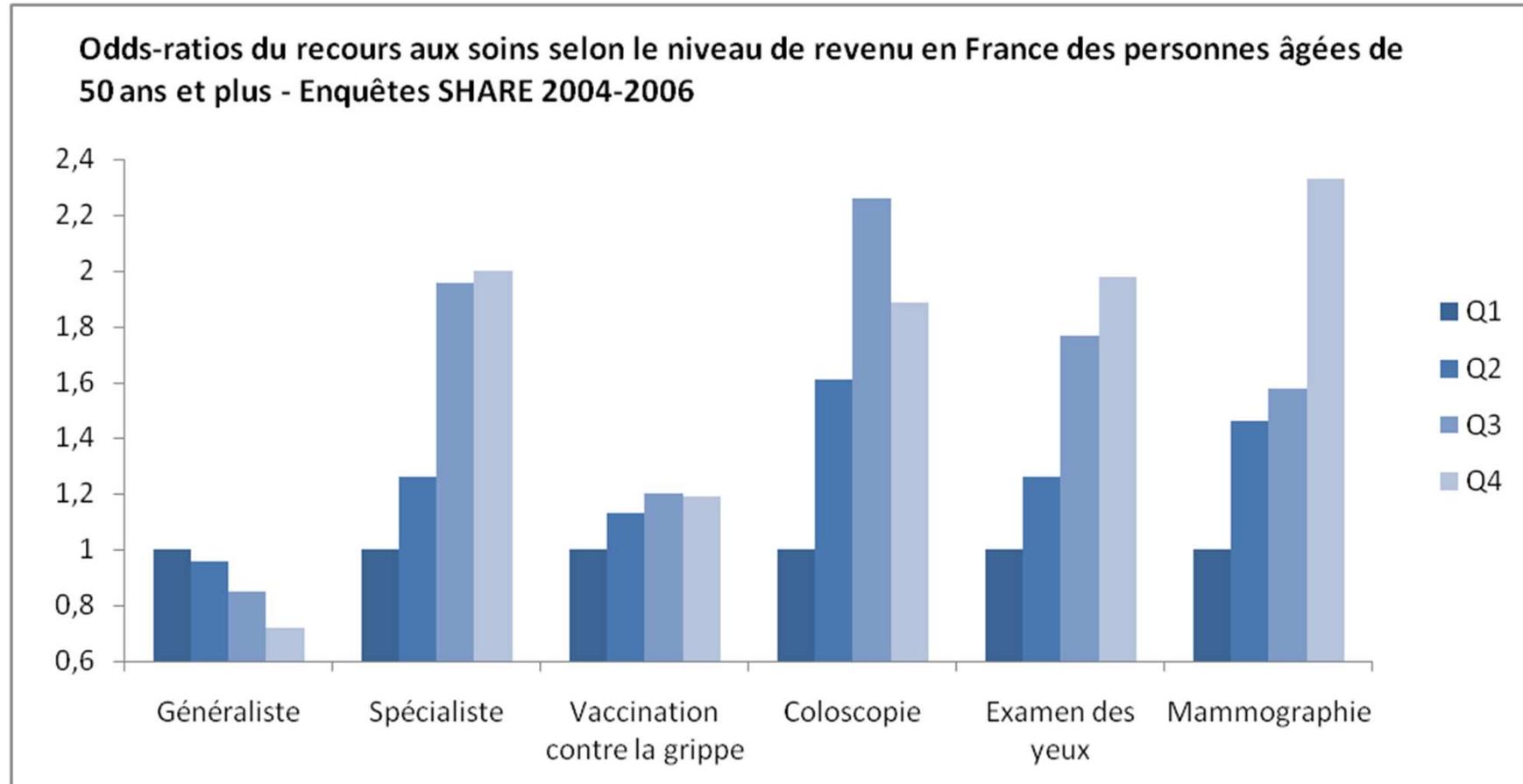
Les grands types de causes

- **Conditions matérielles de vie** (logement, conditions de travail, environnement) actuelles ou passées (y compris dans l'enfance)
- **Effet inverse** de l'état de santé sur la situation sociale (notamment sur le marché du travail)
- **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 ou au contraire de l'isolement, du stress au travail et dans la société
- **Difficultés d'accès aux soins**

Des inégalités de recours aux soins

- On constate en France des inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins à besoin de soins donné
- On constate peu de différences pour le recours aux soins de généralistes mais des inégalités en faveur des plus riches pour le recours aux soins de spécialistes et le recours aux soins préventifs
- Il existe des inégalités d'accès aux soins dans tous les pays, mais ces inégalités sont assez fortes en France, surtout pour les soins de prévention et spécialisés

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

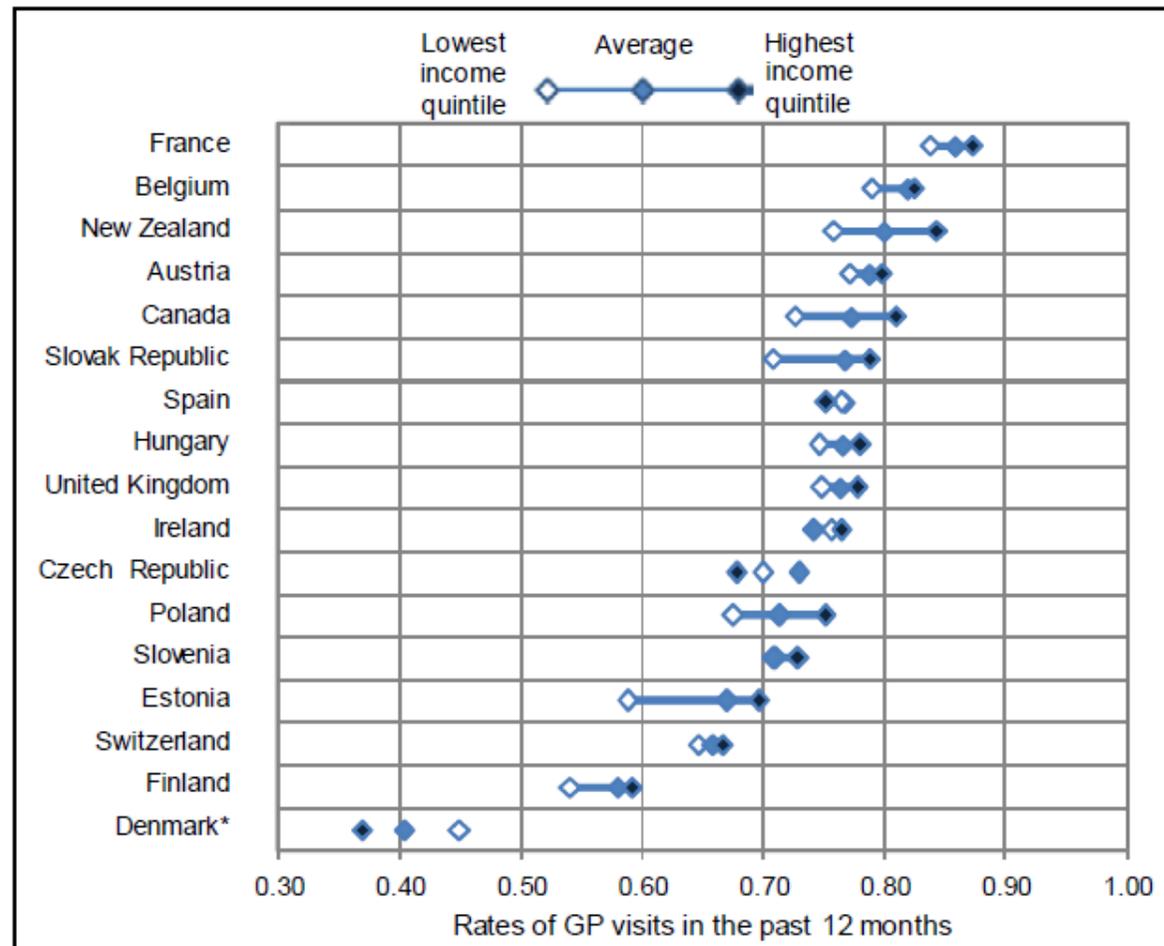


Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et Inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

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

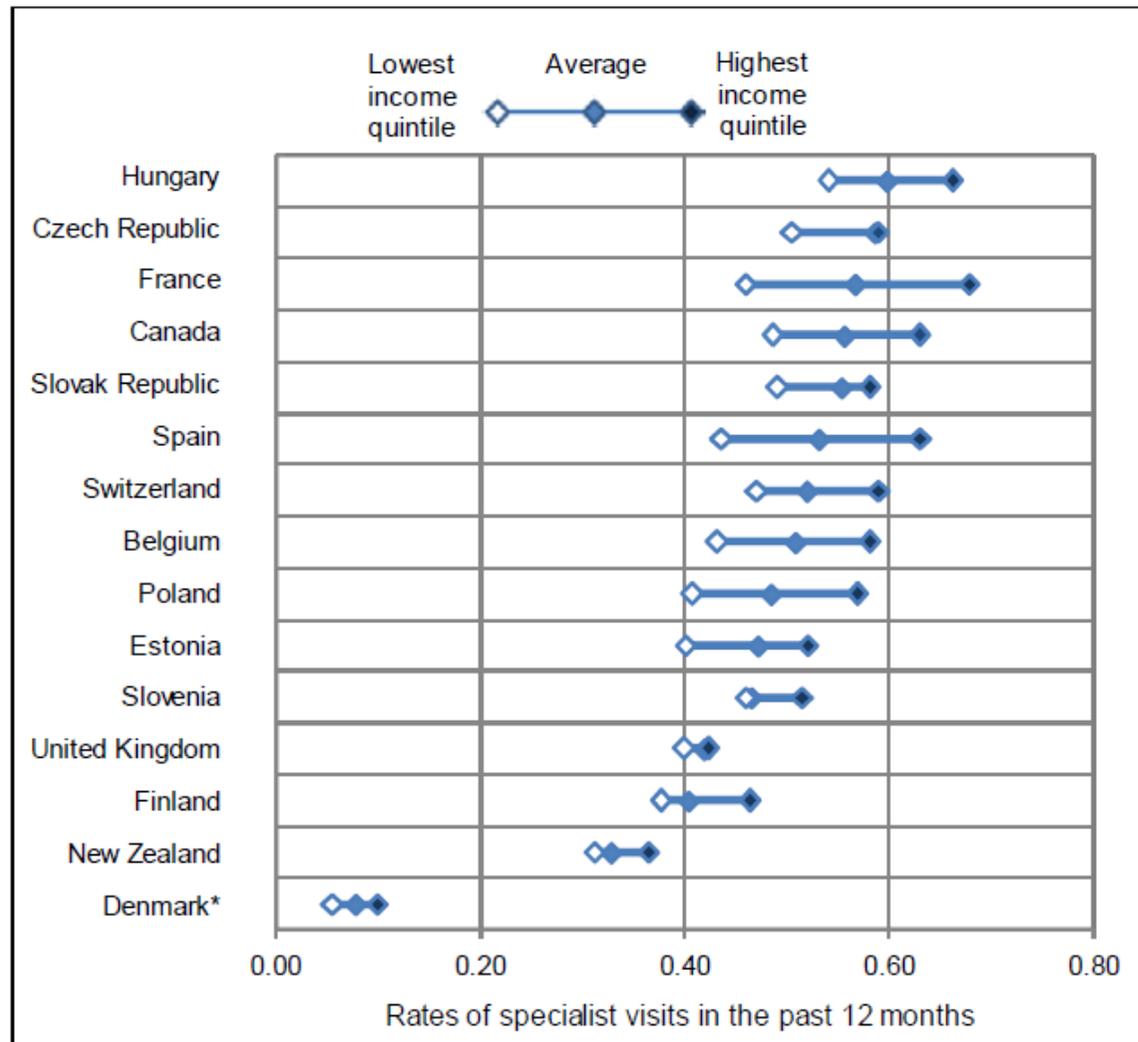
Inégalités de consommations de soins de généralistes (12 derniers mois)

Needs-adjusted probability of a GP visit in last 12 months, by income quintile, 2009 (or latest year)



Inégalités de recours aux soins spécialistes (12 derniers mois)

Needs-adjusted probability of a specialist visit in last 12 months, by income quintile, 2009 (or latest year)



Inégalités de consommation de soins préventifs

Figure 9: Probability of breast cancer screening in the last two years, women aged 50-69 years, by income quintile, 2009 (or latest year)

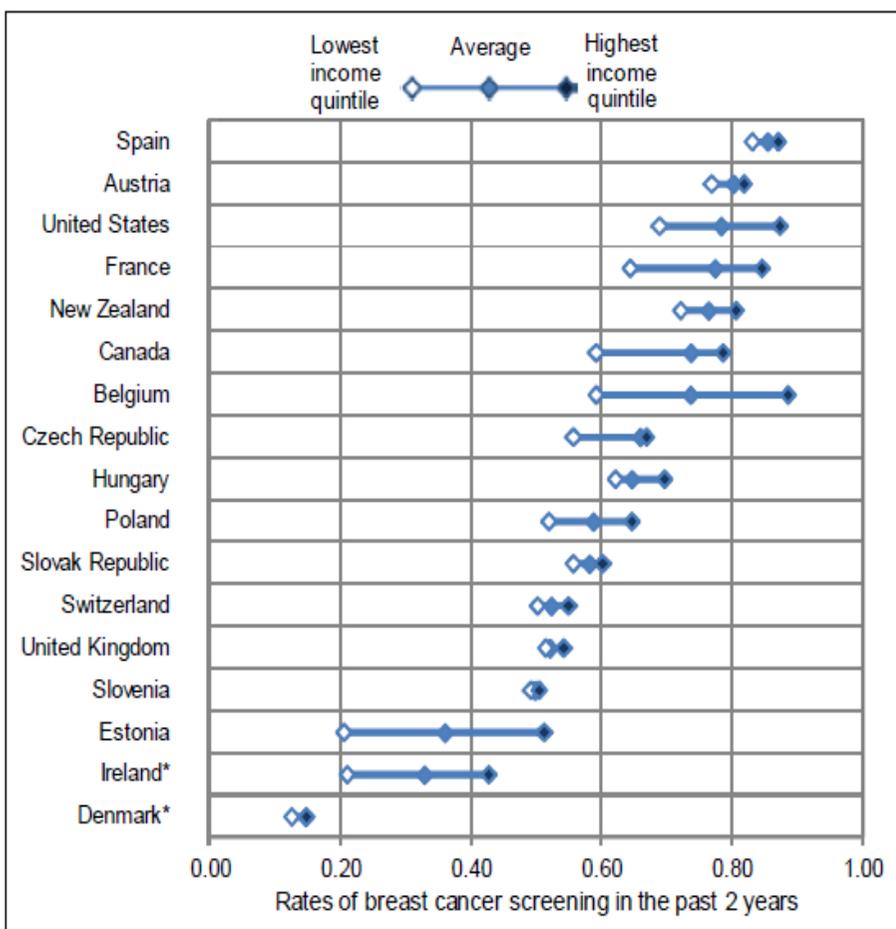
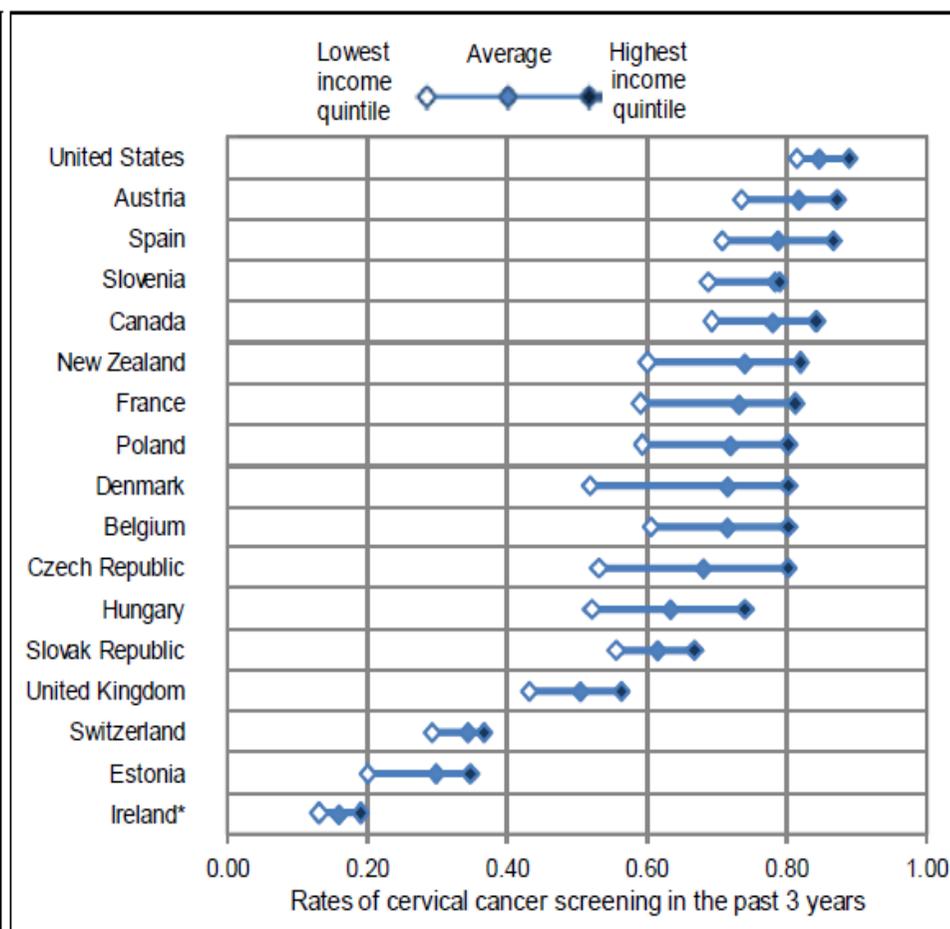


Figure 10: Probability of cervical cancer screening in the last three years, women aged 20-69 years, by income quintile, 2009 (or latest year)



Les causes des inégalités de recours aux soins

- Barrières informationnelles

- Sur les risques encourus
- Sur les filières de soins

- Barrières culturelles

- Rapport au corps différent
- Rapport au système 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

Accès aux soins et complémentaire santé

- Le système français a la particularité de laisser une partie du coût des soins à la charge du patient (le ticket modérateur, les franchises et forfaits, les dépassements)
- 5 à 6 % de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé (4 millions)
- Cela concerne les ménages les plus modestes : un tiers des personnes qui ont un niveau de ressources juste au-dessus du seuil donnant droit à la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire)
- Ces personnes sont des travailleurs pauvres, les bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation aux adultes handicapés
- La plupart des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé : cela peut représenter jusqu'à 8% du revenu disponible des personnes très modestes
- Cela explique en partie le niveau des inégalités de recours aux soins en France par rapport à la Grande Bretagne où les soins sont gratuits

Des leviers d'action possibles

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

- Les inégalités sociales de santé ont des causes multiples, qui appellent des causes multiples
- Trois types de politique sont envisageables :
 - politiques redistributives pour réduire les inégalités économiques (éducation, revenu ou emploi) et améliorer les conditions de travail
 - Politiques visant les comportements à risque
 - Politiques visant à améliorer l'accès et le recours aux soins préventifs et curatifs
- L'accès financier aux soins et une conditions nécessaire mais pas suffisante
- Il faut aussi permettre à tous d'arriver à une bonne gestion de sa santé. L'expérience des pays européens et les interventions évaluées montrent que cela est notamment possible en mobilisant le système de santé et en particulier les acteurs des soins de premier recours : généralistes, infirmiers

Merci de votre attention
florence.jusot@dauphine.fr
