

Thèse de doctorat en sciences économiques
de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

**Revenu et Mortalité :
Analyse Economique des Inégalités Sociales de Santé en France**

soutenue par

Florence Jusot

Directeur de thèse : Pierre-Yves Geoffard (directeur de recherche au CNRS, DELTA)

Jury : Thomas Piketty (président du jury, directeur d'études à l'EHESS)
Brigitte Dormont (rapporteur, professeur à l'Université Paris X-Nanterre)
Lise Rochaix (rapporteur, professeur à l'Université de la Méditerranée)
Myriam Khlaf (directeur de recherche à l'INED)
Michel Grignon (directeur de recherche au CREDES)

Date de soutenance : 12 décembre 2003

Lieu de soutenance : Département et Laboratoire d'Economie Théorique et Appliquée
(DELTA) (UMR CNRS-EHESS-ENS 8545), 48 boulevard Jourdan, 75014 Paris

Mention : Très honorable avec les félicitations du jury, proposition de subvention pour publication et pour les prix de thèse

Résumé :

Cette thèse propose une analyse empirique de l'influence du revenu et des inégalités de revenu sur la mortalité en France. Pour pallier l'absence d'information sur le revenu dans les données démographiques disponibles, cette analyse est fondée sur la construction d'une enquête cas-témoins, réalisée à partir de deux bases de données fiscales : l'enquête Patrimoine au Décès en 1988 et l'enquête sur Revenus Fiscaux des ménages de l'année 1990. Cette démarche permet d'identifier les déterminants de la probabilité de décès en 1988 en comparant les caractéristiques d'un échantillon de défunts à celles d'un échantillon de survivants. Une première analyse, réalisée à l'aide d'une méthode d'estimation indirecte de la mortalité, montre que la fonction de survie est à chaque âge croissante avec le revenu. L'exploitation de l'enquête cas-témoins permet de confirmer l'existence d'une très forte corrélation entre le revenu et la mortalité, après contrôle de la profession. L'effet protecteur du revenu existe à chaque niveau de la distribution des revenus. Les résultats indiquent une surmortalité liée à la pauvreté mais aussi un effet moins attendu, une sous-mortalité liée aux plus hauts revenus. Une analyse multi-niveaux permet de montrer que le niveau des inégalités de revenus de la région d'habitation constitue en lui-même l'un des déterminants de la mortalité après contrôle de l'offre de soins. Cette thèse suggère que le risque de décès dépend très fortement du niveau absolu de ressources de l'individu mais aussi plus largement de son environnement économique et social.

Revenu et Mortalité : Analyse Economique des Inégalités Sociales de Santé en France

Cette thèse porte sur l'origine économique de l'inégalité sociale devant la mort.

Dès le XVIIIème siècle, les premiers travaux démographiques ont mis en évidence des différences importantes de mortalité entre groupes sociaux. On peut par exemple cité les travaux de Villermé, montrant de fortes différences de mortalité entre les quartiers populaires et aisés de Paris. Au cours du XXème siècle, la durée de vie a considérablement augmenté. Cependant, au cours de cette même période, les différences de mortalité entre groupes socio-économiques n'ont pas disparu. Les dernières estimations réalisées en France par Mesrine (1999) montrent de très fortes différences de mortalité entre catégories sociales. Il existe ainsi une différence de plus de 6 ans d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers, et il existe même une différence de près de 10 ans entre les groupes extrêmes. Ces différences paraissent d'autant plus importantes qu'elles correspondent au gain d'espérance de vie acquis en plus d'un siècle grâce au développement de la médecine. Au-delà du jugement éthique que peuvent susciter de telles inégalités, ce constat appelle de nouvelles recherches car elles restent aujourd'hui encore mal expliquées.

Tout d'abord, ces inégalités existent pour toutes les causes de décès (Jougla et al., 2000). Elles ne semblent donc pas entièrement expliquées par les facteurs traditionnellement évoqués, tels que l'adoption de comportement à risques, comme la consommation de tabac ou d'alcool, ou encore les risques spécifiques liés aux conditions de travail.

En outre, leur persistance nous paraît paradoxale face à la mise en œuvre des politiques de santé publique, des politiques de redistribution, et face à la mise en place du système de protection sociale depuis 1945. Plus encore, la France est le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (Kunst et al., 2000), alors même que la France est l'un des pays où l'espérance de vie est la plus longue et que son système de santé a été jugé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000 comme le meilleur système de santé au monde.

Ce constat nous a donc conduit à nous interroger sur les causes de ces inégalités et en particulier à étudier les liens existants entre la mortalité et le revenu.

Cette analyse de l'impact du revenu sur la mortalité est en premier lieu justifiée par l'absence de telles études en France, puisque jusqu'à présent les analyses démographiques n'ont permis que de quantifier les différences de mortalité entre professions et catégories sociales. Or la connaissance des différences de mortalité entre groupes de revenu a de nombreuses applications en science économique. Par exemple, les analyses en cycle de vie se fondent sur l'horizon des agents économiques. La connaissance des différences de durées de vie selon le revenu pourrait donc contribuer à améliorer l'analyse empirique des comportements de consommation et d'accumulation patrimoniale. Par ailleurs, cette information est nécessaire pour évaluer les propriétés redistributives des systèmes de transferts fondés sur la longévité, comme les systèmes de retraite par répartition ou le système d'assurance maladie.

Au-delà de l'introduction du revenu dans le champ de la mortalité différentielle en France, cette thèse se propose de contribuer à la compréhension de l'origine des différences économiques et sociales de mortalité, puisque la compréhension des déterminants de ces inégalités constitue une étape nécessaire pour la définition de politiques de santé publique efficaces pour lutter contre celles-ci. Ainsi, nous avons cherché à apporter des éléments de réponse à quelques-unes des nombreuses questions restant encore en suspens dans le champ des inégalités sociales de santé (Kawachi et al., 2002).

La présentation se déroulera de la manière suivante. Nous présenterons tout d'abord le cadre d'analyse choisi pour ce travail empirique. Nous présenterons ensuite la base de données utilisée pour tester ces différentes hypothèses, puis les principaux résultats de cette recherche. Nous présenterons enfin quelques implications et pistes de recherches soulevées par ce travail.

I. Le cadre d'analyse

Cette recherche s'insère dans un domaine de recherche très large, consacré à l'analyse des "Inégalités Sociales de Santé". Ce terme renvoie à l'étude des différences d'état de santé constatées entre groupes sociaux. Nous adoptons ici une définition positive des inégalités sociales de santé. Il ne s'agit donc pas ici de discuter de l'équité ou de l'inéquité de ces différences, mais d'essayer de comprendre les déterminants économiques et sociaux des différences individuelles d'état de santé.

Dans ce cadre, la mortalité est envisagée comme un indicateur particulier d'état de santé. La mortalité s'avère être un indicateur d'état de santé particulièrement pertinent pour étudier les inégalités sociales de santé. En premier lieu, cet indicateur est objectif. Il ne souffre donc pas des biais de déclaration connus affectant les autres indicateurs d'état de santé. Par exemple, les mesures fondées sur la déclaration des maladies sous-estiment les inégalités de santé en raison des différences de consommation de soins, puisque la déclaration d'une maladie requiert de connaître cette maladie et donc d'avoir consulté au préalable un médecin. De même, l'appréciation subjective de l'état de santé relève avant tout de la limite que fait l'individu entre un état de santé "normal" et un état de santé "pathologique" et donc par là est fortement marquée par des facteurs socioculturels. En second lieu, l'utilisation d'un indicateur de mortalité répond à des exigences théoriques fortes puisque cet indicateur peut être envisagé comme un indicateur synthétique des différences sociales affectant la mortalité tout au long de la vie.

Dans cette thèse, nous avons analysé l'impact respectif du revenu individuel et de la profession sur le risque de décès, ainsi que la forme de la relation existante entre santé et revenu. Par ailleurs, nous nous sommes interrogé sur l'influence des inégalités de revenu de la région d'habitation. Pour répondre à ces différentes questions, nous avons mobilisé des méthodes d'analyse originales, faisant appel à des concepts issus des différentes disciplines concourant à la compréhension de l'état de santé des populations : la science économique, l'épidémiologie et la démographie.

Pour comprendre précisément les hypothèses testées dans ce travail empirique, il est nécessaire de rappeler les résultats mis en lumière par Wilkinson en 1992. En comparaison internationale, on constate une très forte corrélation entre l'espérance de vie et le niveau d'inégalités de revenu. Alors que l'espérance de vie augmente avec le niveau de revenu par tête dans les pays les plus pauvres, on ne trouve pas cette relation parmi les pays riches. En revanche, l'espérance de vie est partout d'autant plus faible que les inégalités de revenu sont élevées. Une évaluation menée à partir de données régionales françaises de 1990 nous a permis de retrouver en partie ce résultat en France. L'espérance de vie diminue avec le niveau des inégalités de revenus au sein de chaque région, lorsque ce dernier est mesuré par la variance des logarithmes des revenus et par le coefficient de variation.

Trois hypothèses peuvent alors expliquer l'effet apparent des inégalités de revenu sur la santé moyenne des populations.

Selon une première hypothèse, qualifiée d'hypothèse de revenu absolu, l'effet apparent des inégalités sur la santé résulte de la forme particulière de la relation existant entre santé et revenu. Si le revenu permet une amélioration de l'état de santé, mais à rendements décroissants, toute augmentation des inégalités de revenus se traduit par une détérioration de l'état de santé moyen, puisque l'amélioration de l'état de santé de la personne la plus riche bénéficiant du transfert de revenu sera plus faible que la détérioration de l'état de santé de la personne la plus pauvre subissant une diminution de son revenu. Selon cette hypothèse, la corrélation trouvée entre la santé moyenne et les inégalités n'est alors qu'un artefact statistique induit par la concavité de la relation existant entre la santé et le revenu (Rodgers,

1979, Gravelle, 1996). La première question consiste donc à étudier précisément la forme fonctionnelle de la relation santé - revenu. Le revenu s'avère alors être un indicateur pertinent, puisqu'il permet de décrire le statut socio-économique selon un continuum, alors que les professions et catégories sociales sont plus difficilement hiérarchisables. Nous avons cherché à déterminer si les inégalités sociales de santé étaient expliquées par un effet de la pauvreté, ou s'il existe un gradient socio-économique de santé, c'est-à-dire, des différences d'état de santé entre chacun des niveaux de la hiérarchie économique.

Selon une deuxième hypothèse qualifiée d'hypothèse de position relative, l'état de santé individuel n'est pas expliqué par le niveau de vie absolu, mais par la position relative de l'individu dans la société (Wilkinson, 1996). Cette hypothèse conduit à considérer que les inégalités sociales de santé ne sont pas entièrement expliquées par des déterminants matériels, mais aussi des mécanismes psychosociaux (Marmot et Wilkinson, 1999). Nous avons donc cherché à savoir si les différences d'état de santé étaient expliquées uniquement par le niveau de revenu des individus, ou alors si celles-ci pouvaient être expliquées par l'écart entre leur revenu et le revenu du groupe de référence.

Enfin, selon une troisième hypothèse, la santé est affectée par le niveau des inégalités de revenu. Cet effet s'explique par l'impact de la cohésion sociale sur la santé, ou par l'influence des comparaisons sociales sur la santé (Wilkinson, 1996, Kawachi, 2000). Le test de cette hypothèse nous a conduit à développer une analyse des différences géographiques de mortalité. Il s'agissait de déterminer, à l'aide d'une analyse multi-niveaux, si les inégalités de santé entre territoires, largement documentées en France, étaient expliquées par des effets de composition, ou si elles relèvent de dimensions spécifiques attachées à la structure sociale de l'environnement, et notamment le niveau des inégalités de la région.

II. La création d'une enquête cas-témoins

Pour répondre à ces différentes questions, il a été nécessaire de se fonder sur une base de données originale. L'absence d'études portant de la mortalité selon le niveau de revenu en France s'explique par le manque de données appropriées. En effet, l'analyse de la mortalité est fondée sur des bases de données spécifiques issues du recensement où le revenu n'est pas mentionné, et la mort est un événement trop rare pour que le nombre de défunts soit statistiquement suffisant dans les enquêtes longitudinales renseignant le revenu.

Nous nous sommes donc fondé sur la seule enquête qui, à notre connaissance, permet de connaître pour un échantillon de défunts représentatif et de taille suffisante le montant du revenu déclaré au fisc l'année précédant le décès. Il s'agit de l'enquête Patrimoine au décès de 1988, réalisée par l'INSEE et la Direction générale des impôts. Cependant cette enquête ne permet que difficilement à elle-seule d'étudier l'impact du revenu sur la mortalité. En effet l'évolution de la taille des cohortes rend délicate une analyse de la distribution de l'âge au décès dans cet échantillon puisque le nombre de défunts à chaque âge reflète tout autant la taille initiale de sa cohorte de naissance que la probabilité de décès.

Néanmoins, on peut remarquer que, dans cet échantillon, les défunts les plus pauvres ont en moyenne un âge au décès plus faible que les défunts les plus riches. Après correction des effets de carrière affectant le revenu, on constate que la fonction de répartition des âges au décès des plus pauvres domine à chaque âge la distribution des âges au décès des défunts les plus riches. Nous avons essayé d'analyser ce phénomène, en faisant appel au cadre d'analyse développé par la paléodémographie pour étudier les populations anciennes à partir de l'étude des cimetières (Wood et al., 2002). Cette première analyse nous a conduit à l'impossibilité théorique de démontrer une relation d'implication entre ce phénomène de dominance entre les fonctions de répartition des âges au décès selon les groupes de revenus et une relation d'ordre entre les taux de mortalité de ces groupes, en dehors d'une hypothèse de stationnarité de la population. Nous avons alors eu recours à une méthode démographique d'estimation indirecte de la mortalité, qualifiée de *variable r procedure* (Preston, 1999), fondée sur les propriétés dynamiques des populations. Cette méthode nous a permis d'estimer les fonctions de survie pour

différents groupes de revenu permanent. Nous montrons alors que la probabilité de survie des hommes les plus pauvres est à chaque âge inférieure à celles des autres défunts. Cependant ces résultats restent encore limités puisque la méthode utilisée ne permet pas d'explorer véritablement la forme du lien santé-revenu et surtout ne permet d'introduire d'autres variables explicatives.

Nous avons donc construit une base de données originale pour étudier les déterminants de la mortalité selon une approche épidémiologique cas-témoins (Schlesselman, 1982). Cette démarche consiste à étudier les déterminants de la probabilité de décès en comparant les caractéristiques d'individus cas, ayant subi l'événement auquel l'on s'intéresse, ici le décès, aux caractéristiques d'individus n'ayant pas subi l'événement, et donc survivants. Pour constituer le groupe d'individus témoins, nous avons utilisé l'enquête sur les Revenus Fiscaux des ménages de l'année 1990, réalisée également par l'INSEE et la Direction générale des Impôts. La mise en commun de ces deux bases nous a alors contraint à sélectionner un échantillon d'étude particulier, composé uniquement d'hommes, salariés ou retraités.

L'exploitation de l'enquête cas-témoins nous permet d'étudier à l'aide de régressions logistiques l'impact du revenu sur la probabilité de décès en 1988, sous des hypothèses plus souples que celles utilisées lors de l'analyse fondée sur l'échantillon de défunts. En outre, cette base de données permet d'étudier simultanément plusieurs déterminants de la mortalité, et ainsi d'apporter quelques éléments de réponses sur les mécanismes générant les inégalités sociales de santé. En particulier, l'utilisation simultanée de la catégorie sociale et du revenu permet de distinguer l'impact des conditions de travail et de l'éducation sur la santé, de l'effet des conditions matérielles sur la santé.

III. Une forte corrélation entre revenu et mortalité

Les résultats mettent tout d'abord en évidence une forte corrélation entre le revenu et la mortalité : la probabilité de décès diminue avec le niveau de revenu (introduit sous forme logarithmique). L'élasticité de la probabilité de décès au revenu s'établit aux environs de -0.4. L'effet du revenu est plus marqué avant 65 ans (où l'élasticité est de -0.5) mais subsiste après 65 ans (-0.3).

Nous montrons ensuite que cet effet du revenu, bien que réduit, subsiste après contrôle par la profession et catégorie sociale. L'élasticité de la probabilité de décès au revenu reste encore égale à -0.3, lorsque l'on introduit dans l'estimation les deux indicateurs de statut socio-économique. Plus encore, la probabilité de décès diminue avec le niveau de revenu au sein de chaque profession. Cela semble donc indiquer que les inégalités sociales de mortalité ne sont pas entièrement expliquées par l'effet de l'éducation et des conditions de travail. Néanmoins, les catégories sociales restent significatives après introduction du revenu, le risque de décès de cadres étant inférieur à celui des autres catégories socio-professionnelles.

La nature particulière de l'indicateur d'état de santé retenu rend très délicate l'interprétation causale de l'effet du revenu sur la santé. En effet la corrélation constatée entre le revenu et la mortalité peut provenir non seulement d'un effet du revenu sur la santé mais aussi d'un effet de la santé sur le niveau de revenu. Pour limiter le biais d'endogénéité induit par l'effet de la santé sur le statut économique, la démarche habituellement adoptée consiste à contrôler l'estimation par l'état de santé initial. Cependant, nous ne disposons pas d'informations précises sur l'état de santé antérieur au décès. Dans cette étude, nous avons utilisé la perception de pensions et rentes avant 60 ans comme variable de substitution d'un mauvais état de santé, puisque la perception de pensions et de rentes peut indiquer que la personne perçoit une pension d'invalidité ou encore que la personne est en retraite anticipée, que l'on sait être largement expliquée par un mauvais état de santé (Saurel-Cubizolles et al., 2001). Nous trouvons alors des effets conformes à cette hypothèse puisque d'une part l'ampleur du coefficient du logarithme du revenu est réduite par l'introduction de cette variable, bien que la probabilité de décès diminue toujours fortement avec le niveau de revenu, et que d'autre part la probabilité de décès augmente avec la perception de pensions et de rentes.

IV. Un effet de la pauvreté et de la richesse

Nous avons ensuite exploré la forme du lien existant entre la santé et le revenu, en introduisant le revenu selon plusieurs spécifications : le revenu a été introduit en logarithme, sous forme polynomiale et sous forme de quintiles. Nous montrons que la pauvreté est associée à un plus fort risque de mortalité. Le risque de décès des 20% les plus pauvres est près de 2.5 fois plus élevé que le risque de décès des 20 % les plus riches, en l'absence de contrôle par les professions et encore plus de 2 fois plus élevé après introduction des PCS dans le modèle. Cependant, nous ne validons pas "l'hypothèse de pauvreté absolue". Nous montrons en effet que le risque de décès diminue continûment tout au long de la distribution des revenus. En outre, nos résultats suggèrent un effet moins attendu, un effet protecteur des plus hauts revenus. La sous-mortalité associée aux deux derniers quintiles de la distribution limite la concavité de la relation entre santé et revenu largement admise dans la littérature.

Cette étude de la forme de la relation santé-revenu nous permet en outre d'apporter quelques éléments de réponses sur les mécanismes générant ces inégalités sociales de santé. La surmortalité associée à la pauvreté peut sans doute refléter un impact des conditions matérielles sur la santé. Notamment, cet effet pourrait s'expliquer par une difficulté d'accès aux soins, même dans un pays où un accès minimal aux soins est garanti à tous. En effet, la consommation diffère largement entre groupes de revenus en France, en montant mais aussi en structure, et les difficultés financières sont à l'origine de renoncement aux soins et d'un recours aux soins plus tardif pouvant engendrer une dégradation de l'état de santé (Couffinhal et al., 2002). En revanche, le gradient économique et social mis en évidence peut appeler d'autres explications. En dehors de l'effet positif sur la santé de toutes ressources supplémentaires suggéré par le modèle de capital santé de Grossman (1972), la décroissance du risque de décès tout au long de la distribution des revenus peut suggérer un effet du rang de l'individu dans la société sur sa santé. Cet effet peut alors passer par l'influence de biens qualifiés de positionnels ou encore par des mécanismes psychosociaux, tels que le stress induit par la hiérarchie.

L'analyse plus précise de ce mécanisme nous a alors conduit à tester plus précisément l'impact de l'environnement social sur le risque de décès individuel.

V. L'impact de l'environnement social sur le risque de décès

L'analyse de l'impact de l'environnement social sur le risque de décès individuel nous a amené à étudier les causes des différences régionales de mortalité. L'impact de différences caractéristiques régionales sur le risque individuel de décès a été analysé à l'aide d'une analyse multi-niveaux, qui permet d'étudier ces variables contextuelles tout en prenant en compte un effet régional spécifique aléatoire. Nous mettons en évidence que le risque individuel de décès augmente avec le niveau des inégalités de la région, après contrôle par le niveau de l'offre de soins ambulatoire. Nos résultats suggèrent également que la probabilité de décès diminue avec la densité de médecins. Ce résultat permet ainsi de valider en France "l'hypothèse d'inégalités de revenu" qui jusqu'à présent n'avait pu être validée que sur données américaines (Mackenbach, 2002). En outre, cette étude met en évidence l'importance de l'offre de soins, jusqu'ici peu étudiée dans l'analyse des différences géographiques de mortalité.

Pour comprendre cet effet des inégalités, nous avons exploré quelques hypothèses complémentaires. L'hypothèse d'un effet du capital social n'est pas directement validée par nos résultats, car le risque de décès est indépendant du niveau de la criminalité de chaque région, qui est théoriquement corrélé avec le niveau de cohésion sociale. En revanche, nos résultats semblent cohérents avec l'hypothèse d'un effet pathogène induit par les comparaisons sociales. Cet effet peut tout d'abord expliquer l'effet protecteur des revenus les plus élevés. En outre nous montrons que le risque de décès augmente, à revenu donné, avec le niveau du revenu des pairs. Enfin, cette hypothèse peut expliquer que l'effet des inégalités de revenu soit plus important parmi les individus les plus pauvres.

VI. Conclusion

Cette recherche montre donc que le revenu et l'un des facteurs déterminants des inégalités sociales de santé en France. Nous mettons en évidence un fort effet du revenu individuel sur le risque de décès, et ce à chaque niveau de la distribution des revenus. Par ailleurs, l'accès aux soins et le niveau des inégalités de revenus semblent également expliquer en partie la surmortalité des plus pauvres.

Néanmoins, il convient de souligner quelques limites de cette recherche, relatives à la nature particulière des données utilisées. En effet, les bases de données utilisées pour constituer l'enquête cas-témoins n'ont pas été construites pour étudier précisément la mortalité. La mise en commun de deux bases de données nous a donc contraint à limiter l'information utilisée aux variables communes dans les deux enquêtes. En particulier, cette enquête ne nous permet pas d'étudier l'impact du chômage et de l'éducation sur la probabilité de décès. Par ailleurs, nous n'avons pas pu séparer précisément l'hypothèse d'un impact causal du revenu sur la santé d'un effet inverse de la santé sur le statut socio-économique.

Pour conclure, nous proposons quelques pistes de recherche permettant d'envisager les conséquences de cette étude pour la définition des politiques redistributives et des politiques de santé publique.

Les fortes différences de mortalité entre groupe de revenu que nous avons mises en évidence semblent tout d'abord limiter les effets redistributifs des instruments de redistribution fondés sur la longévité, tels que le système de retraite par répartition et l'assurance maladie.

Si l'impact antiredistributif des différences de mortalité sont fréquemment évoquées dans le cadre de la redistributivité du système de retraite (Bommier et al., 2003), l'existence d'inégalités sociales de santé est en revanche l'un des arguments habituellement avancés pour justifier l'utilisation de l'assurance maladie pour redistribuer le revenu, les plus pauvres consommant plus de soins sous une hypothèse d'égalité d'accès aux soins (Henriet et Rochet, 1999). L'existence des inégalités sociales de mortalité remet en cause cette conclusion dès lors que l'on considère une analyse en cycle de vie (Jusot, 2003). A partir d'un cadre analytique très simple, nous montrons qu'un système d'assurance maladie publique a des effets redistributifs limités en présence d'inégalités de mortalité en groupe de revenu permanent, en raison de l'augmentation exponentielle des dépenses de santé avec l'âge et de la décroissance des taux de cotisations à la retraite. Cet effet anti-redistributif est par ailleurs renforcé par la substitution inter-temporelle des soins, c'est-à-dire par le fait que les plus pauvres semblent consommer moins de soins au début de leur cycle de vie et au contraire davantage ensuite (Grignon et Polton, 2000). En revanche, ce constat peut être nuancé si l'on prend en compte le montant important des soins de fins de vie qui s'avère d'un montant d'autant plus élevé que le décès est précoce (Scitovsky, 1994). L'analyse de la littérature empirique sur les différences sociales de consommations de soins en France, semblent indiquer que les effets redistributifs induits par l'assurance maladie sont limités. Une évaluation empirique de l'ampleur ces différents effets permettrait sans doute de trancher plus précisément cette question. Cette évaluation n'a pour l'instant pas été envisagée en raison du manque de matériel empirique disponible jusqu'à présent.

Ces éléments nous amènent donc à penser que l'assurance maladie n'est pas un bon instrument de réduction des inégalités. Néanmoins, cette conclusion peut être nuancée si l'on ne considère pas uniquement que l'objectif de cet instrument est de réaliser une redistribution monétaire entre groupes de revenu, mais si au contraire l'on considère que l'assurance maladie est un moyen de réduire une autre dimension des inégalités, les inégalités d'état de santé. La question posée est d'alors de savoir si le niveau de couverture maladie, et plus largement l'organisation du système de soins, a un impact sur les inégalités sociales de santé et de mortalité.

L'analyse de la littérature nous permet alors de penser que l'assurance maladie peut être l'un des moyens de limiter la surmortalité des plus pauvres (Dourgnon et al., 2001). Cependant, elle ne constitue sans doute pas le seul instrument possible, la redistribution des revenus pouvant être au regard de notre étude un moyen de limiter ces inégalités, grâce à l'effet direct du revenu sur la santé mais aussi grâce aux externalités induites par les inégalités de revenu elles-mêmes.

VII. Bibliographie

- Bommier A., Magnac T., Rapoport B., Roger M. (2003), "Droits à la retraite et mortalité différentielle", Document de travail LEA, 0303.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.Y, Grignon M., Jusot F., Naudin F. (2002), "Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ?", *Question d'Economie de la Santé, Synthèse*, 59.
- Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001), "L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé?", *Question d'Economie de la Santé, Synthèse*, 43.
- Gravelle H. (1996), "How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact", *British Medical Journal*, 316, p. 382-385.
- Grignon M., Polton D. (2000), "Inégalités d'accès et de recours aux soins", in *Mesurer les inégalités*, DRESS : 188-200.
- Grossman M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, 80 : 223-255.
- Henriet D., Rochet J.C. (1998), "Is Public Health Insurance an Appropriate Instrument for Redistribution?", Discussion paper, Université de Marseille et Université de Toulouse.
- Jougla E. et al. (2000), "La mortalité", in *Les Inégalités Sociales de Santé*, eds Leclerc A. et al, Paris : La Découverte / INSERM : 147-162.
- Jusot F. (2003), "Is the French health insurance an efficient instrument for intragenerational redistribution ?", *Journal d'Economie Médicale*, à paraître.
- Kawachi I. (2000), "Income Inequality and Health", in *Social Epidemiology*, eds Berkman L.F. et Kawachi I., Oxford University Press.
- Kawachi I., Subramanian S.V., Almeida-Fiho N. (2002), "A glossary for health inequalities", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56 : 647-652.
- Kunst A. et al. (2000), "Inégalité sociale de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in *Les Inégalités Sociales de Santé*, eds Leclerc A. et al, Paris : La Découverte / INSERM : 53-68.
- Mackenbach J.P. (2002), "Income Inequality and Population Health: Evidence favouring a negative correlation between income inequality and Life expectancy has disappeared", *British Medical Journal*, 2002, 324 :1-2.
- Marmot M., Wilkinson R.G. eds (1999), *Social Determinants of Health*. Oxford University Press.
- Mesrine A (1999), "Les différences de mortalité par milieu social restent fortes", *La Société Française*, Données Sociales : 228-35.
- Preston S.H., Elo I.T., Stewart Q. (1999), "Effects of Age Misreporting on Mortality Estimates at older Ages", *Population Studies*, 53 : 165-177.
- Saurel-Cubizolles M.J. et al. (2001). "Etat de santé perçu et perte d'emploi", in *Travail-Santé-Vieillesse : Relation et Evolution*, ed Cassou B., Editions Octarès.
- Schlesselman J.J. (1982). *Case Control Studies : Design, control, analysis*, Oxford University Press.

Scitovsky A.A. (1994), "The high Cost of Dying" revisited", *The Milbank Quarterly*, 72, 4, 561-591.

Rodgers G.B. (1979), "Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis", *Population Studies*, 33 :343-51.

Villermé L.R. (1830), "De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris, et des causes qui la rendent très différente dans plusieurs d'entre eux, ainsi que dans les divers quartiers de beaucoup de grandes villes", *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 3.

Wilkinson R.G. (1992), "Income distribution and life expectancy", *British Medical Journal*, 304 : 165-68.

Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy Societies : the Afflictions of Inequality*, London, England : Routledge.

Wood J.W., Holman D.J., O'Connor K.A., Ferrell R.J. (2002), "Mortality Models for Paleodemography", in *Paleodemography: age distributions from skeletal samples*, eds Hoppa R.D, Vaupel J.W, Cambridge University Press.