

questions

d'économie de la santé

synthèse

Repères

En réponse à un appel d'offres de la MIRE, le CREDES et le DELTA (laboratoire CNRS, EHESS et ENS) examinent le rôle de la couverture maladie sur le marché du travail. Il s'agit en particulier de mesurer l'effet de la Couverture Maladie Universelle sur l'employabilité via l'amélioration de l'état de santé.

Le premier volet de cette recherche, présenté ici, est consacré aux facteurs explicatifs de la corrélation entre assurance maladie et état de santé.

Un deuxième volet, publié prochainement, s'intéressera aux analyses montrant que ce sont avant tout des déterminants se situant hors du système de soins qui expliquent les inégalités sociales de santé.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/01
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire-maquettiste :
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros
Environ 10 numéros par an

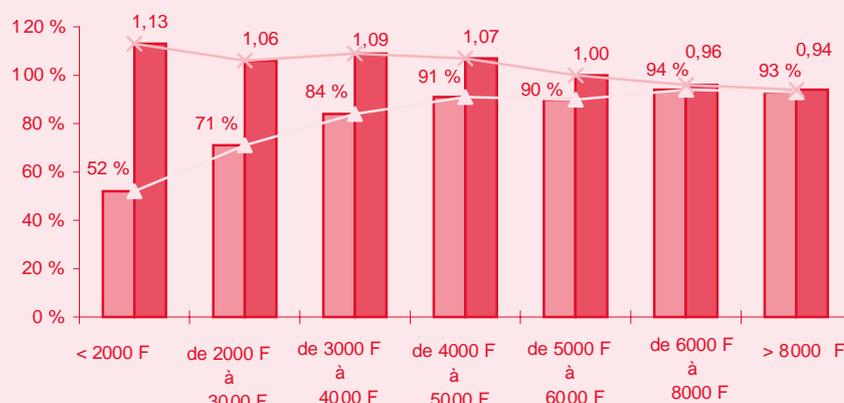
L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ?

une revue de littérature

Paul Dourgnon, Michel Grignon, Florence Jusot

Les inégalités sociales de santé sont partout largement observées, notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en France (cf. graphique ci-dessous). L'assurance maladie publique est traditionnellement considérée comme un instrument de lutte contre ces inégalités. En France, les pouvoirs publics ont institué, au 1^{er} janvier 2000, une assurance complémentaire attribuée gratuitement aux plus démunis, la Couverture Maladie Universelle. L'impact positif de l'assurance maladie sur l'état de santé des plus pauvres et donc sur la réduction des inégalités sociales de santé, implicitement supposé, mérite pourtant d'être étudié. Nous présentons une revue des études, qui dans la littérature internationale, ont tenté d'analyser cet impact. Si elles tendent à montrer que l'assurance maladie entraîne une augmentation de la consommation de soins, l'effet de cette consommation sur l'état de santé à un niveau global est plus difficile à évaluer d'un point de vue méthodologique. Cependant, l'assurance maladie apparaît améliorer l'état de santé des populations pauvres, notamment par la réduction des maladies infantiles, des problèmes de vision et des risques liés à l'hypertension. D'autres analyses suggèrent un effet indirect de l'assurance maladie : en évitant que les dépenses de santé grèvent le budget, elle permet le maintien de consommations non médicales susceptibles d'avoir des répercussions positives sur l'état de santé, comme le logement ou l'alimentation.

Inégalités sociales de santé en France Quand le revenu augmente l'état de santé et le niveau de couverture complémentaire sont meilleurs



■ % d'assurés ayant une couverture complémentaire maladie
■ Indice de risque vital à âge et sexe comparables

Le risque vital est une note de synthèse attribuée par les médecins codificateurs selon les éléments médicaux figurant sur les questionnaires remplis par les enquêtés. Un indice supérieur à 1 correspond à un état de santé moins bon à âge et sexe comparable.

Source : CREDES-ESPS 1998 (Bocognano, 2000)

Le rôle possible de l'assurance comme réducteur des inégalités sociales de santé, approches théoriques

De nombreuses études ont mis en évidence un lien positif entre le niveau social, l'éducation, le revenu d'une part et la santé d'autre part. Regroupés sous le terme d'inégalités sociales de santé, ces éléments sont largement observés, en Grande-Bretagne (Black Report, 1988 ; Acheson, 1998) et aux Etats-Unis (Smith, 1999). En France, Mesrine (1999) montre que durant la période 1982-96, un ouvrier de 35 ans avait en moyenne 38 ans à vivre, contre 44,5 pour un cadre du même âge. Ces inégalités concernent en premier lieu les personnes exclues du marché du travail : le risque de mortalité des chômeurs, sur la période 1990-95 est près de trois fois plus élevé que celui des actifs occupés, celui des inactifs près de cinq fois plus élevé (Mesrine, 2000).

2 Parallèlement, on observe aussi des disparités selon le niveau de revenu au sein de la population insérée sur le marché du travail et on peut parler de continuum d'inégalités sociales devant la santé. Enfin, ces inégalités ne tendent pas à se réduire : la diminution des taux de mortalité observée sur la période 1987-1993 par rapport à la période 1979-1985 a beaucoup moins touché les ouvriers et les employés que les cadres supérieurs et professions libérales (Jougla et al., 2000).

Par ailleurs, on observe que le degré de couverture du risque maladie augmente avec le revenu, même en France où il existe une couverture obligatoire. En effet, la Sécurité sociale ne couvre que 75 % des dépenses de santé, le solde pouvant être couvert par une assurance complémentaire. Or, le taux de souscription à une assurance complémentaire augmente avec le revenu (cf. graphique p.1). De plus, le niveau des garanties des contrats, notamment optique et dentaire, augmente lui aussi avec le revenu :

parmi les ménages gagnant moins de 3 000 F par unité de consommation¹, 65 % des individus disposent d'une complémentaire faible ou nulle, contre 28 % dans les ménages dont les revenus dépassent 8 000 F par unité de consommation (Bocognano et al., 2000).

Ce document présente les conclusions issues de la littérature portant sur le lien entre ces deux séries de faits : en quoi une assurance maladie peut-elle contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ?

On peut distinguer deux grands mécanismes par lesquels l'assurance peut jouer sur les inégalités de santé. Le premier met en jeu le système de soins : l'assurance, en réduisant le coût des soins, permet théoriquement aux pauvres comme aux riches d'accéder à des services médicaux bénéfiques pour leur santé. Dans ce modèle, pour que l'assurance ait un impact réel sur la santé, deux conditions doivent être réunies : d'une part, l'assurance doit augmenter effectivement la consommation de soins des plus pauvres (partie 1.1) ; d'autre part, cette augmentation des soins doit améliorer l'état de santé (partie 1.2). On présentera en partie 1.3 les résultats des études reliant directement l'augmentation de l'assurance maladie publique à l'amélioration de la santé.

Un second mécanisme (partie 2) suppose que l'assurance peut agir de manière indirecte sur les inégalités sociales de santé, non pas par le biais des consommations de soins mais pas le biais des autres consommations. Toute dégradation de l'état de santé entraîne des dépenses de soins supplémentaires et donc une diminution des consommations non médicales via la baisse du revenu disponible, diminution d'autant plus forte que le niveau d'assurance est faible. Cette diminution du revenu disponible peut entraîner une dégradation de l'état de santé sous l'hypothèse que certaines consommations non médicales sont favorables à la santé.

Dans chacun de ces mécanismes, un financement équitable du système d'assurance santé demeure une condition nécessaire à la réduction des inégalités sociales de santé. Le paiement d'une prime d'assurance trop élevée mettrait en effet en péril le budget des plus pauvres. On tiendra dans la suite pour acquis le fait que le système de soins met en œuvre une subvention des plus pauvres par les plus riches.

Ceci dit, il est évident que l'assurance maladie ne peut pas être le seul instrument de réduction des inégalités sociales de santé. Une littérature abondante éclaire d'autres déterminants de ces inégalités qui se situent hors du système de santé, comme les facteurs de risque et les inégalités de statut social² (voir encadré p. 7). Pourtant, nous avons choisi de nous limiter ici à l'effet de l'assurance sur les inégalités sociales de santé, ce pour deux raisons. En premier lieu, ce sujet a été peu étudié, d'une part parce qu'il a pu être souvent considéré comme allant de soi que l'assurance avait un effet bénéfique sur la santé, d'autre part parce que la validation de cette hypothèse nécessite des données longitudinales rarement disponibles (cf partie.1.2). En second lieu, même si l'assurance n'est qu'un facteur de réduction des inégalités sociales de santé parmi d'autres, elle constitue un des principaux instruments des pouvoirs publics.

1. L'assurance maladie peut elle réduire les inégalités sociales de santé en favorisant la consommation de soins?

1.1 L'effet de l'assurance sur les consommations de soins

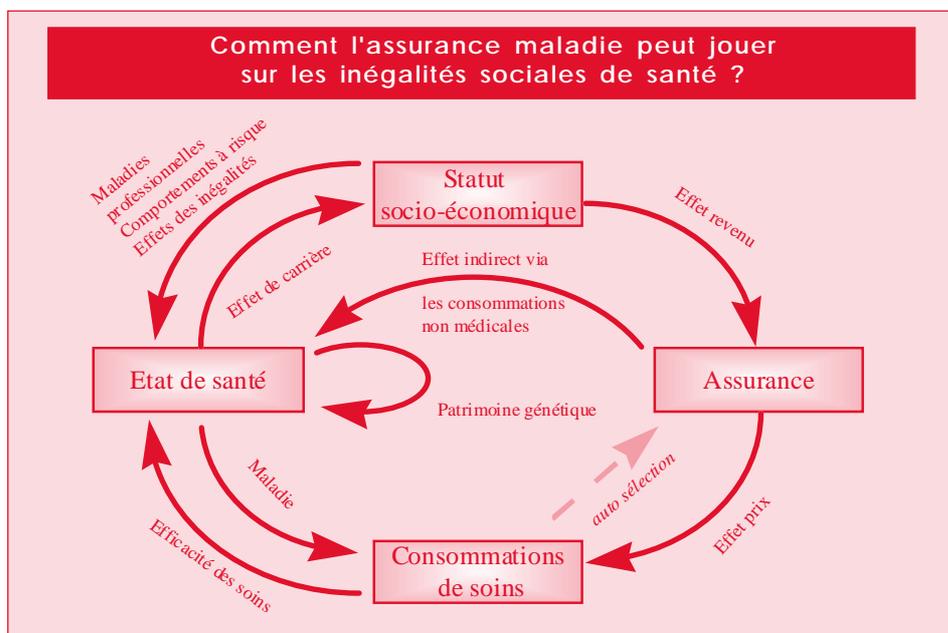
Les enquêtes sur la santé et les soins montrent que la consommation médi-

¹ Le revenu par unité de consommation est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'individus du ménage, chaque individu étant pondéré (1 pour le premier adulte, 0,5 pour le deuxième adulte éventuel, 0,3 pour chaque enfant).

² Ils feront l'objet d'une seconde revue de littérature.

cale dépend du revenu. Si le montant total des dépenses n'augmente que légèrement avec le revenu, la structure des soins y est très sensible. Les plus pauvres consomment moins de soins de spécialistes, de soins dentaires et d'optique mais plus fréquemment des soins hospitaliers et infirmiers (Bocognano et al., 1999). Cette sous-consommation de soins ambulatoires résulte principalement d'un recours moins fréquent au système de soins, et non d'une dépense plus faible une fois l'épisode de soins engagé (Breuil-Genier et al., 1999).

Plusieurs facteurs peuvent rendre compte de ces disparités de recours aux soins selon le niveau de revenu. Une première hypothèse, dite d'induction de la demande (Rochaix, 1997), serait que les plus riches consommeraient plus de soins parce que les médecins imposeraient à ceux qui peuvent le payer un sur-volume d'actes destiné à garantir leur revenu. Cette hypothèse ne rend cependant pas compte du fait que les riches ont plus de recours spontanés que les pauvres, comme on l'a vu ci-dessus. En effet, l'accès à l'assurance ne garantit pas toujours l'accès à l'ensemble des soins. Les assurés publics peuvent subir un rationnement de l'offre de soins, si l'assurance prévoit des tarifs opposables inférieurs à ceux pratiqués pour les autres patients, comme dans le cadre de Medicaid aux Etats-Unis (Currie, 2000). Un autre facteur possible est que le niveau d'éducation et d'information sur la santé conditionne le recours aux soins, notamment préventifs (Kenkel, 1994) ; or, les individus à bas revenus ont aussi plus souvent un niveau d'éducation bas. On peut aussi soupçonner l'existence d'effets "culturels" ou de l'environnement social, les différentes classes sociales ayant des conceptions différentes de leur santé et de leur corps. Par exemple, les individus précaires tendraient à consulter avec retard, même quand ils peuvent accéder à des soins gratuits (Collet, à paraître). De même, les bénéficiaires de l'Aide médicale gratuite



privilégieraient les soins curatifs, en particulier hospitaliers, au détriment des soins préventifs (Breuil-Genier et al., 1999).

En dehors de ces facteurs indirectement liés au revenu, le revenu des patients conditionne directement leurs décisions de consommations de soins. En effet, ce recours plus rare apparaît plus subi que choisi : si, en 1998, 14 % de la population déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, cette proportion atteint 24 % parmi les personnes disposant d'un revenu inférieur à 3 000 F par unité de consommation¹ (Bocognano, 2000).

Le modèle de capital humain appliqué à la santé par Grossman (1972) et Cropper (1977) explique le recours supérieur des riches par leur intérêt bien compris : les individus les plus productifs ont intérêt à investir dans leur santé pour ne pas diminuer leur capacité à travailler. Inversement, les pauvres ne peuvent pas toujours se permettre d'investir dans la santé, si cet investissement se fait au détriment de consommations plus immédiatement nécessaires, comme l'alimentation ou le logement. Si les consommations de soins sont croissantes avec le revenu, on peut comprendre que le recours aux soins des plus pauvres soit sensible à leur degré de

couverture maladie : en dotant les individus les plus pauvres d'une couverture qui réduit le coût des soins au moment de la consommation, cela leur permet d'accéder aux mêmes soins que les plus riches, et d'investir à leur tour dans leur capital santé. En revanche, si l'offre de soins, l'éducation ou la culture sont les facteurs les plus déterminants de l'accès aux soins, il n'y aura pas de lien clair entre degré de couverture et accès aux soins, même chez les pauvres. La question du lien entre couverture et accès aux soins est donc une question empirique, qui doit être départagée par les données d'enquête.

Les études réalisées en France montrent que les dépenses de spécialistes, comme de soins ambulatoires des personnes disposant d'une assurance complémentaire sont plus élevées toutes choses égales par ailleurs (Caussat et al., 1990 ; Breuil-Genier et al., 1999). Aligon et Grignon (1999) montrent que, parmi les individus les plus pauvres, ceux qui sont couverts par une complémentaire atteignent le niveau de dépenses des non pauvres, mais Breuil-Genier et al. (1999) montrent que, en se restreignant à l'ambulatoire, la consommation reste croissante en fonction du revenu parmi les assurés complémentaires. Buchmueller et al. (à paraître) montrent que le niveau de la couverture complémentaire

influence la probabilité de recourir au spécialiste, mais qu'il subsiste un effet revenu à niveau de couverture donné. Cet effet de la couverture complémentaire peut passer par la réduction du prix apparent des soins (en prenant en charge les tickets modérateurs ou les dépassements de prix), mais aussi par le tiers payant, qui permet d'éviter les renoncements dus aux problèmes de trésorerie (Dourgnon et al., 2000).

Cependant, ces études ne permettent pas de contrôler rigoureusement un biais possible lié à l'autosélection : les personnes en mauvaise santé souscriraient un contrat d'assurance plus adapté à des dépenses de soins anticipées importantes (Geoffard, 2000 ; Couffinhal, 2000) : le lien constaté entre couverture et consommation reflète peut-être pour une part le fait que les individus anticipant des dépenses ont souscrit un contrat.

Pour contrôler rigoureusement cet effet, les économistes de la Rand Corporation (Newhouse, 1993) ont mené au cours des années 70 une expérience en grandeur réelle, qui reste à ce jour unique : ils ont attribué aléatoirement à des familles américaines des contrats de couverture maladie différant par le taux de remboursement des soins et par le plafond de dépenses de soins annuelles à la charge du ménage, et ont alors observé leurs consommations de soins pendant trois à cinq ans. Cette étude a montré l'existence d'un effet très net de la couverture sur la consommation : les personnes couvertes totalement avaient des dépenses 30 à 40 % supérieures à celles des personnes ayant à leur charge 95 % du coût des soins. Elle a montré aussi que dès qu'on dépassait 25 % du coût à la charge du patient (soit le montant des dépenses non couvertes en France approximativement), on diminuait fortement le volume consommé ; en fait, l'essentiel de la réduction de consommation est constatée entre 0 % et 25 % à la charge du patient (Newhouse, 1993). D'autres études ont étudié cette ques-

tion à partir de l'impact de l'accès aux programmes d'assurance maladie à financement public aux Etats-Unis. Le principal programme public d'assurance maladie aux Etats-Unis est Medicaid, qui s'adresse aux bénéficiaires de l'aide sociale, soit en majorité les femmes et les enfants pauvres. Il couvre les soins (y compris les soins préventifs) sans ticket modérateur, ni franchise. Ce programme constitue un bon cas d'étude de l'impact de l'assurance sur les soins reçus parce que son implantation s'est faite progressivement et différemment d'un état à l'autre. En juillet 1991, tous les états ont été obligés de couvrir tous les enfants pauvres, ce qui a doublé la population potentiellement éligible à Medicaid (de 15 % à 35 % des femmes en âge d'avoir des enfants).

Currie (2000) résume les principales études portant sur l'impact de Medicaid sur la consommation de soins, qui montrent que l'ouverture des droits à l'assurance augmente le recours aux soins : devenir un assuré Medicaid permet aux enfants de ménages défavorisés d'atteindre le même nombre de visites curatives que les enfants assurés du privé, et plus de visites préventives.

Les mêmes conclusions se retrouvent pour des programmes d'assurance publique autres que Medicaid, tels que le CHIP (Children Health Insurance Program) étudié par Tilford et al. (1999) ou des programmes à destination des travailleurs pauvres dans certains états (Kilbreth et al., 1998).

Enfin, hors des Etats-Unis, Nanda (1999) montre qu'un programme de micro-crédit permet de solvabiliser l'accès aux soins. Elle montre que l'éligibilité au programme a un impact fort sur les modes de recours aux soins des femmes, l'éligibilité augmentant le recours à la médecine moderne, notamment en clinique. Une simulation indique que l'effet est comparable à celui obtenu en consacrant la même somme à la construction de cliniques dans les villages.

1.2 L'impact des soins sur l'état de santé est difficile à évaluer

Nous venons de voir que l'assurance maladie a un impact sur le recours aux soins, notamment des plus pauvres. Il reste donc à déterminer si ce recours aux soins supérieur améliore l'état de santé. C'est uniquement seulement si ces deux conditions sont vérifiées, rappelons-le, que l'assurance aura un impact sur la santé.

Il est cependant difficile de vérifier empiriquement l'effet des soins sur la santé, car, à un instant donné, le lien positif éventuel entre la consommation de soins et la santé future peut être masqué par le fait que ce sont en général les personnes malades qui consomment le plus de soins. En cherchant à établir que celles qui se soignent le plus sont en meilleure santé, on observe en fait le contraire : les personnes en plus mauvaise santé se soignent davantage.

Deux possibilités s'offrent alors pour franchir l'obstacle. La première consiste, dans une approche normative, à adosser l'étude de l'impact de l'assurance sur la consommation de soins à des études médicales ayant prouvé l'efficacité de certains soins, en particulier de soins préventifs. Ce type d'approche permet de travailler sur des données transversales courantes. Nous présentons ci-dessous trois études américaines car aux Etats-Unis, le problème de la non-assurance, notamment des malades chroniques ou des femmes enceintes, est plus répandu qu'en Europe.

Dans leur étude sur les recommandations de mammographie, O'Malley et al. (2001) justifient leur conclusions en faveur d'une extension de la couverture maladie aux femmes les plus pauvres en montrant que les recommandations de mammographie augmentent avec l'assurance et le statut socio-économique des patientes (et aussi qu'elles varient avec la spécialité du médecin) ; or, d'autres études ont montré que de tel-

les recommandations incitent fortement les femmes à recourir à ce type de prévention et, surtout, que l'effet de la mammographie sur l'état de santé est médicalement prouvé. Il peut donc conclure, dans ce cas précis, à un effet positif de l'assurance sur l'état de santé. Pour leur part, Ayanian et al. (2000) étudient l'effet de l'assurance sur le renoncement de patients, pour des raisons financières, à des soins jugés médicalement adéquats, compte tenu de l'âge et de maladies chroniques. La typologie utilisée est dérivée des référentiels de bonnes pratiques sur les examens réguliers de médecine préventive, concernant en particulier la surveillance de l'hypertension, du diabète (examens du pied, ...) ou encore la détection de certains cancers. Ils concluent à un effet positif de l'assurance sur l'accès à ces soins adéquats.

Enfin, en estimant à dire d'experts les gains de santé infantile liés aux différents types de soins, Cole (1994) cherche à mesurer le type de soins auxquels accèdent les nouveaux assurés Medicaid, en distinguant notamment les soins préventifs, plus efficaces selon elle. Elle trouve que l'augmentation des droits à Medicaid diminue la proportion de femmes ne recevant pas de soins prénataux de 22 % à 17 %. L'effet est plus fort dans les groupes à risque (mères adolescentes et célibataires).

Pour établir le lien entre soins et santé, la deuxième approche consiste à observer l'effet d'une consommation présente sur la santé future. Si la méthode doit estomper au moins en partie l'effet de la santé sur la consommation, elle nécessite de disposer de données longitudinales sur la santé, la consommation de soins et l'assurance, collectées sur une période suffisamment longue.

Ne disposant pas encore de résultats sur l'impact de l'assurance sur l'état de santé sur données françaises (voir encadré sur le dispositif Santé Protection

Sociale du CREDES, p. 6), nous pouvons toutefois apporter une réponse partielle à cette question à la lumière de l'expérience de la Rand, que nous avons déjà mentionnée (Newhouse, 1993). Au cours de cette étude, Newhouse et al. ont comparé l'évolution de l'état de santé des personnes couvertes par les différents contrats d'assurance. Il est apparu que, en dépit de son influence sur la quantité de soins consommés, la part des dépenses à la charge des patients n'a pas eu d'effet visible sur les différentes mesures de l'état de santé général³, établies à l'aide d'un questionnaire médical auto-administré à l'entrée et à la sortie de l'expérience pour l'ensemble de la population enquêtée. Néanmoins un diagnostic médical, réalisé sur 60 % de l'échantillon au début de l'expérience et sur la totalité à la sortie, a permis de constater une amélioration attribuable à la gratuité des soins de deux mesures physiologiques, la vision et l'hypertension.

Les consultations ophtalmologiques ont été plus fréquentes en cas de gratuité de soins (90 % contre 76 %), la prescription de lunettes étant alors quasi identique selon les contrats d'assurance. Parmi les pauvres, l'effet de l'assurance complète est logiquement plus marqué : 78 % des assurés à 100 % consultent contre 59 % des autres ; la consultation entraîne alors une prescription de lunettes pour 18 % des assurés à 100 % et seulement 8 % des autres. Même si la consommation de soins des plus riches est toujours plus élevée, la gratuité des soins permise par l'assurance diminue les inégalités sociales de santé : en fin d'étude, les pauvres couverts à 100 % avaient une vision correctement corrigée dans une proportion non statistiquement différente de celle des plus riches (80 % contre 83 %) alors qu'il subsistait un écart statistiquement significatif entre riches et pauvres dans les autres contrats d'assurances (76 % contre 81 %).

Des résultats comparables sont apparus dans le domaine de l'hypertension : les personnes couvertes à 100 % avaient une pression sanguine diastolique significativement inférieure à celle des individus couverts par les autres contrats d'assurances (différence de 1.9 mm de Hg), cette différence étant encore plus marquée pour les plus pauvres (différence de 3.5 mm de Hg). Cela a permis d'estimer que la couverture totale des soins réduisait de 10 % la probabilité de décès des personnes en mauvaise santé. Cette étude a surtout montré l'importance du diagnostic de la maladie sur les comportements de soins et donc l'état de santé puisque les personnes connaissant leur problème d'hypertension avant l'expérience ont eu une consommation similaire quel que soit leur contrat d'assurance. En permettant un meilleur accès au système de soins, l'assurance permet un meilleur accès à la prévention et à l'information. Ce résultat confirme que l'assurance a un effet sur l'état de santé via un meilleur accès aux soins préventifs secondaires.

1.3 Quelques études reliant directement assurance et santé

En dehors de l'expérience de la Rand, quelques études ont analysé directement le lien entre la qualité ou l'absence de l'assurance et d'une part la consommation de soins et d'autre part l'état de santé général, sans étudier spécifiquement l'effet des soins sur la santé.

Kasper et al. (2000) ont utilisé l'expérience naturelle que constituent les changements d'assurance maladie, fréquents aux Etats-Unis. Ils cherchent ainsi à étudier l'effet de l'assurance maladie sur l'état de santé en mesurant l'effet de la perte ou du gain de l'assurance maladie publique Medicaid d'une part, et de l'assurance privée d'autre part, sur l'accès aux soins et l'évolution de l'état de santé. Ils montrent que la part des

³ capacité fonctionnelle, taux d'invalidité, risque vital, santé mentale, note subjective et bien-être ressenti.

personnes en mauvaise santé (évaluation subjective) ne s'accroît pas significativement avec la perte de l'assurance, que celle-ci soit publique ou privée, malgré un effet positif de l'assurance sur la consommation de soins.

Se basant sur les données 1995 à 1998 de l'échantillon " Aging, Status and the Sense of Control (ASOC) ", Ross et al. (2000) analysent l'état de santé en 1998 ajusté sur l'état de santé en 1995. Ils montrent qu'il n'y a pas de différence de santé entre assurés privés et non assurés, les assurés publics étant même en plus mauvaise santé finale que les non assurés (ces résultats sont surtout visibles sur le nombre de maladies chroniques, plus que la santé déclarée ou le degré d'invalidité). Il n'y aurait donc pas de preuves, selon eux, que l'accès à l'assurance permette d'améliorer la santé des personnes défavorisées.

Ces études apportent cependant moins de garanties que l'étude menée par la Rand. En particulier, l'existence de biais de sélection des personnes couvertes par l'assurance invalide la mesure de l'effet de l'assurance sur l'évolution de l'état de santé. Il est probable que les changements de statut d'assurance ne soient pas distribués aléatoirement, mais dépendent principalement de l'évolution de l'état de santé (notamment dans le cas de Medicaid). De même, l'éligibilité à un programme d'assurance publique, sélectionne des personnes ayant un état de santé moyen plus faible. Or on peut penser que l'évolution de l'état de santé est conditionnée par l'état de santé initial et, en particulier, que l'état de santé se dégrade plus vite lorsque l'état de santé initial est bas.

En outre, plusieurs études, résumées par Currie (2000), aboutissent à la conclusion contraire. Elles portent sur la santé des enfants, ce qui permet de s'affranchir de l'effet de la santé antérieure relevé ci-dessus. Ces études, comme nous l'avons dit plus haut, utilisent l'expérience naturelle de l'extension du pro-

L'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) un outil adapté pour observer l'évolution de l'état de santé et ses déterminants à partir d'un panel d'assurés sociaux

Le dispositif d'enquête Santé Protection Sociale du CREDES, mis en place en 1988, interroge environ 10 000 individus tirés au hasard dans les fichiers de gestion des caisses d'assurance maladie obligatoire. La procédure de tirage garantit que l'on puisse interroger à nouveau à quatre ans d'intervalle un certain nombre d'individus. En plus d'informations socio-économiques, sont recueillies des données d'état de santé, de consommation de soins et d'assurance. L'état de santé peut être appréhendé à travers une note subjective, les pathologies déclarées (à partir desquelles est construit un indice de risque vital), le degré d'invalidité déclaré. La consommation médicale recouvre la consommation pharmaceutique et de biens médicaux, les consultations de professionnels de santé. Les données sur la couverture concernent le type d'assurance complémentaire, les exonérations et, à partir de 2000 la Couverture Maladie Universelle (CMU). La mise en panel de ces données doit permettre d'observer l'incidence de la consommation à une période donnée sur l'évolution de l'état de santé à la période suivante.

gramme Medicaid, qui limite les effets de sélection. Les résultats principaux en sont que l'augmentation de l'accès à Medicaid dans les années 80 a diminué, toutes choses égales par ailleurs, de 2 % l'incidence de naissances à faible poids (moins de 3 kg), de 8,5 % la mortalité avant le premier anniversaire et de 5 % la mortalité des enfants de plus d'un an. Cette baisse de la mortalité s'explique par la diminution de la mortalité par maladie, plus que par la diminution de la mortalité par accident, ce qui accrédite l'hypothèse d'un rôle positif des soins médicaux auxquels l'assurance permet d'accéder.

2. L'effet indirect de l'assurance sur l'état de santé

Le modèle sous-jacent aux travaux empiriques présentés jusqu'ici repose sur l'idée que les soins sont le chaînon entre extension de l'assurance et amélioration éventuelle de l'état de santé. Une approche alternative consiste à supposer que l'extension de l'assurance maladie améliore l'état de santé sans pour autant que les assurés consomment plus de soins.

Les soins médicaux sont parfois consommés pour des raisons impératives liées à la survie de l'individu, et, dans ce cas, le fait de disposer d'une assurance couvrant les dépenses de soins médicaux permet d'éviter que ces dépenses vita-

les ne mettent en péril le budget global du ménage ou n'obligent le ménage à ponctionner sur d'autres postes de dépenses pouvant contribuer à l'état de santé de ses membres, comme l'éducation ou le logement.

Pour que ce mécanisme soit plausible, il faut que l'état de santé soit sensible à certaines dépenses du ménage, autres que les dépenses médicales. Il y a peu de résultats empiriques sur ce point. Olsen et al. (1983) montrent cependant que le fait d'avoir accès à une salle de bains dans la maison, ou le fait que le logement soit équipé d'électricité, ou encore le nombre de chambres à coucher du logement, sont des déterminants importants de la survie des enfants en Malaisie. Une littérature historique vaste cherche à déterminer l'effet propre de l'alimentation ou de la richesse sur la santé. Nous nous proposons d'en faire état dans la seconde revue de littérature portant sur les facteurs des inégalités sociales de santé autres que les soins médicaux.

Cette idée est reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000), qui considère comme une marque de non équité du système de soins le fait que des ménages aient à supporter des dépenses de soins de leur poche qui représentent une part importante de leur budget. Du reste, l'assurance maladie s'est développée dans beaucoup de pays d'Europe sous la forme d'une garantie

contre les pertes de revenus liés à l'arrêt d'activité du père de famille salarié.

Ross et al. (2000) suggèrent que l'assurance pourrait avoir un effet protecteur sur la santé en évitant les difficultés économiques à l'assuré : ils montrent d'une part, que l'augmentation du nombre de maladies chroniques est corrélée avec les difficultés de trésorerie et d'autre part, que l'assurance réduit les difficultés de paiement des soins nécessaires. Ils en déduisent que l'assurance peut avoir un effet sur la santé en évitant que les dépenses de soins nécessaires soient une source de difficultés de trésorerie. Cependant, ils ne mettent pas directement en relation les difficultés de trésorerie avec les dépenses de soins. De plus, cette interprétation semble contradictoire avec leur résultat principal : à difficultés économiques données, l'état de santé des personnes assurées par Medicare se dégrade davantage.

Le mécanisme décrit par Ross et al. sous-entend que les épisodes de précarité ont des effets néfastes sur la santé. A partir des données du «Panel Study of Income Dynamics» entre 1968 et 1989, McDonough et al. (1997) montrent que les personnes âgées de plus de 45 ans ont un risque de décès décroissant en fonction de leur revenu moyen. Cet effet est d'autant plus marqué que leur revenu moyen est bas et qu'ils ont vécu des épisodes de pauvreté. La moyenne des revenus sur cinq ans est corrélée négativement avec le risque de décéder durant les cinq années suivantes. Les épisodes de pauvreté (correspondant à une baisse de plus de 50 % du revenu annuel) impliquent une augmentation de la probabilité de décès des plus pauvres mais aussi des revenus moyens. L'étude ne montre pas si l'effet protecteur du revenu passe par le système de soins. En revanche, les auteurs montrent que l'effet protecteur du revenu sur la santé est plus faible après 65 ans. Cela peut alors être expliqué soit par un effet de sélection (les pauvres qui ont dépassé 65 ans

sont en meilleure santé), soit par la généralisation de l'assurance Medicare au delà de 65 ans.

Dans le même ordre d'idées, Benzeval et al. (2001) étudient les effets du revenu de long terme et des épisodes de pauvreté sur la santé à partir des données du British Household Panel Survey, de 1991 à 1996/97. Ils montrent en particulier que la pauvreté a d'autant plus d'impact sur la santé qu'elle est persis-

tante. Ils dénotent que les baisses de revenu ont plus d'effet sur la santé que les hausses ; une assurance qui protégerait des pertes imprévisibles de revenus serait donc aussi une assurance santé. A l'instar de Mc Donough (1997), ils constatent que le lien entre revenu et santé est moins visible chez les personnes âgées, ce qu'ils expliquent d'une part par un effet de survie et d'autre part parce que les mesures du revenu des

Hors du système de soins, d'autres facteurs d'inégalités sociales de santé perspective rapide

La consommation de soins et le revenu sont des facteurs explicatifs parmi d'autres de la corrélation entre état de santé et statut économique. D'autres déterminants des inégalités sociales de santé sont à rechercher hors du système de soins et de l'effet direct des consommations (nutrition, logement). Nous présentons ici brièvement les principales pistes de réflexions suggérées dans la littérature.

L'effet des facteurs de risques

En premier lieu, les inégalités sociales de santé peuvent être liées à l'inégale exposition des différents milieux sociaux aux facteurs de risque. En France, la surmortalité des ouvriers et employés est principalement due à des accidents (risques dits exogènes et souvent liés à l'exercice professionnel), mais aussi aux cancers des voies aéro-digestives supérieures, tumeurs du poumon et pathologies liées à l'alcoolisme (Jouglan et al., 2000), risques dits endogènes car relevant de la décision de l'intéressé. Outre cette exposition supérieure aux risques, les pauvres sont aussi désavantagés par le fait que les comportements à risque ont un effet plus néfaste sur leur santé. Birch (1999) montre que la probabilité d'être en mauvaise santé augmenterait avec le tabac de 54 % parmi les plus pauvres et seulement de 26 % parmi les plus riches.

L'effet direct des inégalités sociales sur l'état de santé

Cette hypothèse repose à l'origine sur une comparaison internationale des taux moyens de mortalité. Wilkinson (1996) montre que les différences de taux moyens de mortalité ou d'état de santé ressenti entre pays développés s'expliquent davantage par les inégalités de répartition du revenu (mesurées par le coefficient de Gini) au sein de chaque pays que par les différences de revenu moyen entre chaque pays ou par les différences entre les systèmes nationaux de soins et d'assurance maladie. L'inégalité des situations et le faible sentiment de solidarité qu'elle occasionne, augmenterait le stress à se trouver en bas de l'échelle sociale, ou le sentiment de ne pas disposer de support social (Kawachi et al., 2000), ce qui contribuerait à la morbidité. De manière générale, les économistes sont assez dubitatifs devant cette hypothèse : par exemple, Deaton (2001) a tenté de mesurer cet effet en reliant l'inégalité des revenus au sein de cohortes américaines à l'état de santé moyen de ces cohortes et ne confirme pas l'impact de l'inégalité sur la santé.

Un renversement de la causalité : la santé déterminerait le statut économique

L'hypothèse de sélection du statut économique par la santé repose contrairement à la théorie du capital humain sur l'idée que les personnes en bonne santé sont plus aptes à travailler et donc à avoir un revenu supérieur, ou encore que les personnes âgées en mauvaise santé liquident leur patrimoine. Par exemple, Smith et al., (1997) ont cherché à tester la validité de cette hypothèse à partir de la première vague de l'enquête «Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old», menée auprès de personnes âgées de plus de 70 ans. Selon eux, à revenu donné, l'origine de certains revenus permet de mettre en évidence cet effet. En particulier, si une personne perçoit un revenu du travail, cela signifie que son état de santé lui permet, malgré son âge, de travailler. Cet effet, dit de sélection par la santé, a été testé à plus long terme au Royaume-Uni, par l'enquête dite de Whitehall, qui trouve que l'effet de la santé sur l'aptitude professionnelle n'explique qu'une faible part des disparités sociales de santé.

Ce bref survol de quelques hypothèses sur les facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé fera l'objet d'un développement plus important dans une revue de littérature prochainement publiée.

personnes âgées sont moins représentatives de leur trésorerie.

En conclusion,

- les études semblent converger sur l'évidence d'un lien positif entre niveau d'assurance et niveau de recours aux soins ;
- en revanche, l'impact de la consommation de soins permise par l'assurance sur l'état de santé n'est démontré que dans des domaines particuliers : la vision et l'hypertension dans l'expérience de la Rand, la mortalité des enfants par les études sur Medicaid, la prévention primaire ou secondaire pour les études normatives ; sur des indicateurs plus généraux d'état de santé, l'horizon d'observation de ces études ne permet pas de conclure à une amélioration ;
- enfin, les gains observés sur l'état de santé sont plus importants pour les bas revenus.

Le fait que l'assurance santé ait un rôle plus protecteur sur la santé des pauvres que sur celle des riches tend à confirmer l'hypothèse de l'efficacité de l'assurance maladie en tant qu'instrument de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Si ces études ne débouchent pas sur des conclusions plus tranchées, c'est sans doute parce qu'il est difficile d'établir des relations causales sur des périodes courtes et, *a fortiori*, sur des données transversales. De ce point de vue, le dispositif d'enquête Santé et Protection Sociale du CREDES permet maintenant de disposer d'un panel de 3 900 personnes et de trois points d'observation à quatre ans d'intervalle. Ce panel nous permettra d'étudier longitudinalement l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants, qu'il s'agisse de la consommation de soins, du niveau d'assurance, des revenus.

Pour en savoir plus :

- Acheson D.** (1998) ; *"Independent inquiry into Inequalities in Health Report"* London.
- Aligon A., Grignon M.** (1999) ; Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis ; *Les cahiers du GRATICE*, 15 : 213-42.
- Ayanian J.-Z., Weissman, J.-S., Schneider E.-C., Ginsburg J.-A., Zaslavsky A.-M.** (2000) ; unmet health needs of uninsured adults in the united states. *Jama*, 2061-2069.
- Benzeval M. et Judge K.** (2001) ; income and health : the time dimension. *Social science and medicine* 52 (9).
- Birch S.** (1999) ; The 39 Steps : The Mystery of Health Inequalities in the UK , *Health Economics*, 8(4), 301-308.
- Black Report**, (1988).
- Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur P., Sermet C.** (1999) ; *Santé, soins et protection sociale en 1998*. Enquête sur la santé et la protection sociale - France 1998, rapport CREDES, Série résultats, 1282.
- Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M.** (2000) ; *"La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?"* Rapports du CREDES, Série Analyses, 1317.
- Buchmueller T., Couffinal A., Grignon M.** (2002, à paraître) ; *"Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé ?"* Questions d'économie de la santé, CREDES.
- Breuil-Genier P., Grandfils N., Raynaud D.** (1999) ; Revenus, assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis, *Les cahiers du GRATICE*, 15 : 243-76.
- Caussat L., Glaude M.** (1993) ; Dépenses médicales et couverture sociale, *"Economie et Statistique"*, 265 : 31-43.
- Cole N.** (1994) ; Increasing access to health care : the effects of Medicaid expansions for pregnant women *"Abt Associates June"*.
- Collet M., Menahem G., Paris V.** (2002, à paraître) *"Logiques de rapports aux soins et précarité"* Rapport CREDES.
- Couffinal A.** (2000) ; De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective, *"Economie et Prévision"*, 2000/03-01, n°142, p. 101-120.
- Cropper M.- L.** (1977) ; Health, Investment in Health, and Occupational Choice, *"Journal of Political Economy"*, 85(6) : 1273-95.
- Currie J.** (2000) ; *"Child Health in Developed Countries, in A. Culyer and J. P."*, Newhouse eds. Handbook of Health Economics, 1054-1090.
- Deaton A.** (2001) ; *"Relative Deprivation, Inequality, and Mortality"*, NBER WP 8099.
- Dourgnon P., Grignon M.** (2000) ; *"Le tiers-payant est-il inflationniste ?"*, rapport CREDES, série analyses, 1296.
- Genier P.** (1998) ; Assurance et recours aux soins. Une analyse microéconomique à partir de l'enquête Santé 1991-92 de l'INSEE, *"Revue Economique"* 49(3) : 809-19.
- Geoffard P.-Y.** (2000) ; Dépense de santé : l'hypothèse d'"aléa moral", *Economie et prévision*, 142, 123-35.
- Grossman M.** (1972) ; On the concept of health capital and the demand for health, *"Journal of Political Economy"*, 80, 2, p. 223-55.
- Jougla et al.** (2000). Chapitre de *"Les inégalités sociales de santé"* sous la direction de Leclerc A., et al. ; Ed. La découverte/Inserm.
- Kasper J.-P., Giovannini T.-A., Hoffman C.** (2000) ; *"Gaining and Losing Health Insurance : Strengthening the Evidence for Effects on Access to Care and Health Outcomes"*, Medical Care Research and Review, 57, 3, p. 298-318.
- Kawachi I., Berkman L. -F.** (2000) ; *"Income Inequality and Health"*, in L. F. Berkman and I. Kawachi, editors, Social Epidemiology, Oxford, 76-94.
- Keeler et al.** (1985) ; How Free Care Reduced Hypertension in the Health Insurance Experiment, *"Jama"*, 254, 14, 1985, p 1926-1931.
- Kenkel D.-S.** (1994) ; The demand for preventive medical care , *"Applied Economics"*, 26 : 313-25
- Kilbreth, E. H. et al.** 1998 ; State-sponsored Programs for the Uninsured : Is There Adverse Selection ? *"Inquiry"*, 35, 250-65.
- Leclerc A. et al.** (2000) ; *"Les inégalités sociales de santé"*, INSERM, La Découverte.
- McDonough P., Duncan, G.-J, William, D., House J.** (1997), Income Dynamics and Adult Mortality in United States, 1972 through 1989, *"American Journal of Public Health"*, vol 87, n°9, p.1476-83
- Mesrine A.** (1999), *"Les différences de mortalités par milieu social restent fortes"*, La société française, Données Sociales, p 228-35.
- Mesrine A.** (2000) ; La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? , *"Economie et Statistiques"*, 334, 2 p. 33-48.
- Nanda P.** (1999) ; Women's Participation in Rural Credit Programmes in Bangladesh and their Demand for Formal Health Care : Is there a Positive Impact ? , *"Health Economics"*, 8(5), 415-28.
- Newhouse J. -P.** (1993) ; *"Free for All ? Lessons from the RAND experiment"* Harvard University Press
- Olsen R. -J., Wolpin K.-I.** (1983) ; The impact of exogenous child mortality on fertility : a waiting time regression with exogenous regression, *"Econometrica"* 51 : 731-49.
- O'Malley M.- S. et al.** (2001) ; *"The association of race/ethnicity, socioeconomic status, and physician recommendation for mammography : who gets the message about breast cancer screening ?"* American journal of Public Health, vol 91, n°1, p. 49-54.
- OMS** (2000), Rapport sur la santé dans le monde
- Rochaix L.** (1997) ; La validation empirique de l'hypothèse de demande induite : la quête du Graal ? *"Cahiers de la sociologie et de démographie médicales"* 37, p. 183-203.
- Ross C.-E. et Mirowsky J.** (2000) ; *"does medical insurance contribute to socioeconomic differentials in health?"* The milbank quarterly 78, 291-320.
- Smith J.-P. et Kington R.** (1997) ; Demographic and economic correlates of health in old age, *"Demography"*, 34,1, p. 159-70.
- Smith J.-P.** (1999) ; Healthy Bodies and Thick Wallets : The Dual Relation Between Health and Economic Status, *Journal of Economic Perspectives*, 13, p. 145-66.
- Tilford J.-M., Robbins J.-M., Shema S.-J., Farmer F.-L.** (1999) ; Response to Health Insurance by Previously Uninsured Rural Children, *"Health Services Research"*, 34(3), 761-75.
- Wilkinson R.-G.** (1996) ; *"Unhealthy Societies : The Afflictions of Inequality"*, London, England : Routledge.