

# questions

## d'économie de la santé

synthèse

### Repères

Cette recherche s'inscrit dans le prolongement de la communication présentée à la Chaire Quetelet 2003, qui fera l'objet d'une publication : Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y. et al. (2004), « Politiques de santé en Europe et inégalités sociales », L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques, Actes de la Chaire Quetelet 2003.

Elle examine les politiques de réduction des inégalités sociales de santé et le rôle que peut y jouer le système de santé. Ce Questions d'économie de la santé en présente une première partie qui passe en revue les modèles explicatifs des inégalités sociales de santé et le rôle possible de l'accès aux soins. Une prochaine publication présentera quelques politiques mises en œuvre en Europe pour réduire les inégalités sociales de santé.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Maquettiste :

Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

## Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen

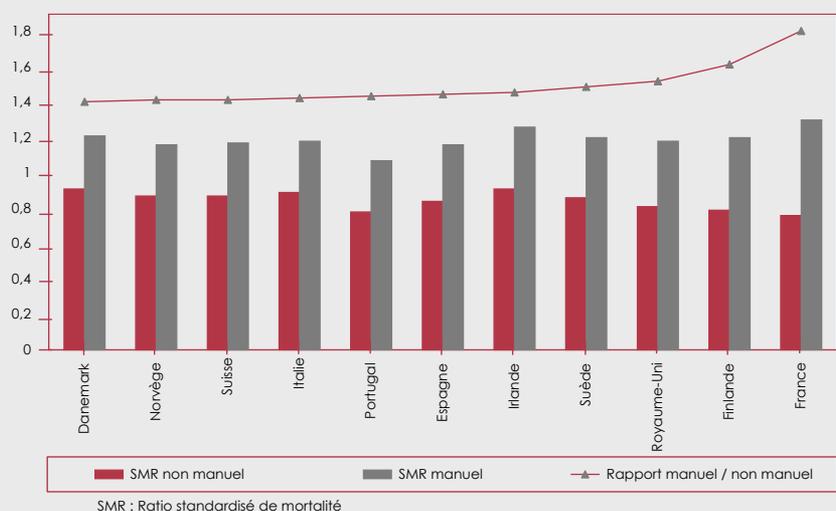
### Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé

Agnès Couffinhal (OMS), Paul Dourgnon (IRDES), Pierre-Yves Geoffard (PSE), Michel Grignon (McMaster University), Florence Jusot (IRDES), John Lavis (McMaster University), Florence Naudin (CETAF), Dominique Polton (IRDES)

Dans beaucoup de pays, des inégalités sociales de santé importantes persistent ou même s'aggravent. Les recherches menées sur les facteurs explicatifs de ces inégalités ont envisagé diverses hypothèses : les conditions de vie, les comportements à risque, la causalité inverse selon laquelle les écarts d'état de santé produiraient des différences de revenu. Un courant de recherche plus récent oriente l'analyse vers l'effet direct de la hiérarchie ou de la structure sociale sur la santé.

Dans ces recherches sur les inégalités sociales de santé, le rôle du système de santé et des soins est aujourd'hui très peu considéré. Ceci vient d'une part d'un courant de pensées qui relativise globalement l'impact des soins sur l'état de santé et surtout du constat que les inégalités demeurent, voire s'accroissent, dans des pays qui ont instauré un accès aux soins, libre et gratuit. Pour autant, plusieurs mécanismes peuvent conduire à des différences d'accès effectif qui peuvent aussi sans doute contribuer à renforcer des inégalités existantes, comme le montrent certains travaux empiriques.

### Rapport des taux de mortalité dans les pays européens : comparaisons "manuel" / "non manuel"



Source : Kunst A.E. et al. (2000)

Dès le XVIII<sup>e</sup> siècle, les premiers travaux démographiques ont mis en évidence des différences de mortalité entre groupes sociaux. Ces inégalités restent aujourd'hui encore très élevées. En France, d'après les estimations de Mesrine (1999) réalisées sur la période 1982-1996, un cadre de 35 ans a encore en moyenne 44,5 ans à vivre, contre seulement 38 ans pour un ouvrier. L'écart est encore plus marqué entre les professions intellectuelles qui ont une espérance de vie à 35 ans de 46 ans, et les personnels de services directs aux particuliers pour qui celle-ci n'est que de 36,5 ans. En outre, ces inégalités ne se sont pas réduites sur longue période, le risque de décès des cadres ayant diminué plus vite que celui des ouvriers entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix (Desplanques, 1985, 1993 ; Mesrine, 1999).

### Les modèles explicatifs des inégalités de santé

Historiquement, l'origine des inégalités sociales de santé a été recherchée dans les différences de conditions de vie et de mœurs, puis à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle dans les conditions de travail et les conditions d'accès aux soins, l'ensemble pouvant expliquer que les pauvres soient en moins bonne santé que le reste de la population. Au début des années quatre-vingts, la publication du rapport de Lord Black (Black *et al.*, 1982) a jeté un sérieux doute sur ce modèle de « pauvreté absolue » (Wilkinson, 1986). Non seulement les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas disparu en Grande-Bretagne entre 1931 et 1981, mais elles avaient même eu tendance à augmenter, en dépit de l'amélioration générale des conditions de vie, de politiques d'amélioration des conditions de travail et de l'instauration du National Health Service offrant à partir de 1948 un accès égalitaire aux soins. En outre, les inégalités sociales de santé ne se réduisaient pas à une opposition entre pauvres et non-pauvres, manuels et non-manuels. Il s'agissait en fait d'un véritable gradient social de santé, le risque de décès se réduisant tout au long de la hiérarchie sociale, ce qui ne pouvait pas être uniquement expliqué par les conditions matérielles de vie.

Parmi les hypothèses envisagées par le rapport Black<sup>1</sup> figurait « l'effet de sélection » : les inégalités de mortalité ne seraient pas dues à un impact du statut social sur la santé, mais à l'inverse à un effet de la santé sur le statut social et sur la mobilité sociale. Les premiers résultats ont plutôt montré que cet effet ne semblait expliquer qu'une faible part des inégalités de mortalité. Ainsi Fox et Goldblatt (1986) et Marmot (1986) montrent que les différences de mortalité sont de même ampleur, que l'on considère la profession au moment du décès ou la profession qu'occupaient les individus plusieurs années avant leur décès. Le débat n'est toujours pas tranché aujourd'hui ; les différents auteurs s'accordent sur l'existence d'un effet de la santé sur le risque de sortie du marché du travail, mais sont plus nuancés sur l'effet de la santé sur les salaires (Currie et Madrian, 1999).

L'absence d'explication environnementale des différences d'état de santé entre classes sociales a conduit à penser que ces inégalités sociales de santé étaient expliquées par les différences de comportements à risque : consommation de tabac et d'alcool, hygiène alimentaire... Ces différences sociales de style de vie ont été avancées par Kunst *et al.*<sup>2</sup> (2000) pour expliquer les différences d'ampleur des inégalités de mortalité dans les différents pays européens (cf. graphique page 1). Celles-ci varient en effet dans les 11 pays étudiés et elles augmentent avec l'ampleur du gradient social de styles de vie (consommations néfastes pour la santé, sédentarité). Les inégalités de mortalité plus importantes en France, principalement dues à de fortes différences sociales de mortalité par cirrhose du foie et par cancer des voies aéro-digestives supérieures, seraient ainsi en grande partie expliquées par les différences sociales de consommation d'alcool.

Cependant, le suivi de la cohorte Whitehall a également remis en cause l'importance de ce facteur explicatif, en montrant que les différences d'état de santé entre grades de la fonction publique subsistaient après contrôle par l'ensemble des facteurs de

risque connus : ainsi le tabac, le cholestérol, la pression sanguine, la sédentarité et la taille n'expliquent qu'un tiers des différences de mortalité par maladies coronariennes (Marmot, 2000).

De nombreuses recherches sur les causes des inégalités sociales de santé ont alors été menées au cours des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix (Goldberg *et al.*, 2002). Les recherches inscrites dans le programme d'épidémiologie sociale dépassent le modèle étiologique dominant en proposant, au-delà des facteurs de risque traditionnellement évoqués, de nouveaux déterminants de l'état de santé, qualifiés de déterminants sociaux de la santé (Marmot et Wilkinson, 1999 ; Berkman et Kawachi, 2000). En effet, l'existence du gradient social de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé à tous les niveaux de la hiérarchie sociale, y compris au sein de la population des fonctionnaires britanniques, a conduit à penser que les différences de santé n'étaient pas uniquement expliquées par le niveau de vie absolu, mais par l'effet de la position relative. Le sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie, notamment au travail, serait à l'origine de stress. La généralisation de cette hypothèse fait de l'absence de cohésion de la société un facteur de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies.

Parallèlement, un autre courant de recherche envisage les causes des inégalités sociales de santé tout au long du cycle de vie. Ainsi, les différences de conditions de vie qui, prises chacune isolément, ne peuvent consti-

<sup>1</sup> Une première hypothèse était que les inégalités de mortalité seraient dues à des erreurs de mesure. Cependant, le suivi de plusieurs cohortes a depuis confirmé l'existence de ces inégalités de mortalité, notamment la cohorte britannique issue du recensement de 1971 (Fox et Goldblatt, 1982) et la cohorte de fonctionnaires britanniques de la Whitehall Study (Marmot, 1986). Les erreurs de mesure avaient plutôt en fait conduit à sous-estimer l'ampleur des inégalités sociales de mortalité.

<sup>2</sup> Il s'agit des travaux du European Union Working group on Socio-Economic Inequalities in Health (Mackenbach *et al.*, 1997).

tuer une explication suffisante, pourraient par accumulation engendrer une dégradation de l'état de santé et du statut social (Blane, 1999 ; Aiach, 2004). Les causes des différences de santé à l'âge adulte seraient même à rechercher dans l'enfance, la santé dans l'enfance ayant des conséquences sur la carrière (Wadsworth, 1986) et les conditions de vie dans l'enfance, voire *in utero*, ayant des conséquences sur la santé à l'âge adulte (Smith, 1999 ; Wadsworth, 1999).

### Une faible attention portée au rôle des systèmes de soins

#### Les soins améliorent-ils la santé ?

Depuis le constat du rapport Black, l'ensemble des recherches a exploré les causes des inégalités sociales hors du système de santé et de soins.

L'élimination de cette voie d'explication a été d'autant plus rapide que parallèlement, la communauté scientifique manifestait un doute sur l'impact même des soins sur l'état de santé des populations. Cette hypothèse de l'absence d'impact des soins sur la santé est née du constat historique de Mc Keown (1979), selon lequel les causes de décès qui ont le plus diminué au cours des XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles sont des causes pour lesquelles aucun progrès n'avait été enregistré dans les sciences médicales à l'époque<sup>3</sup>. Evans et Stoddart (1994), généralisant cette idée, ont proposé un modèle dans lequel le niveau de soins consommés n'explique qu'une faible part du niveau de l'état de santé. A l'inverse, d'autres auteurs soutiennent que les traitements médicaux, de plus en plus efficaces, expliquent une part importante des gains d'espérance de vie (Mackenbach, 2003).

Ce débat ne peut être tranché de manière décisive par les quelques études empiriques disponibles qui donnent des résultats contrastés<sup>4</sup>. Ainsi l'expérience de la Rand sur l'assurance santé semble-t-elle, en première approche, étayer l'hypothèse d'un faible impact des soins, puisque des individus ayant des niveaux de consommation de soins très différents ne montrent pas de différence significative d'état de santé général trois ou

cinq ans plus tard (Newhouse, 1993), sauf malgré tout dans les domaines de la vision et de l'hypertension artérielle et, notamment, pour les pauvres. Cet impact d'un meilleur accès aux soins sur la santé pour des populations défavorisées a été également montré dans d'autres travaux nord-américains<sup>5</sup>. Mentionnons également, dans le cas français, les premiers résultats issus de l'analyse longitudinale de l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, qui montrent, à état de santé initial donné, qu'un accroissement du recours aux soins de généralistes a un impact sur l'état de santé quatre ans plus tard, non pas en termes de nombre de maladies ou de risque vital, mais sur le plan de l'invalidité (Couffinhal *et al.*, 2002). Ceci viendrait à l'appui de l'hypothèse selon laquelle les traitements médicaux, s'ils ne permettent pas de faire disparaître les maladies chroniques, limitent en revanche leur impact sur l'incapacité fonctionnelle et la qualité de vie.

Une manière indirecte d'éclairer cette question de l'impact des soins sur la santé consiste à analyser la contribution à la réduction de la mortalité globale de la baisse de la mortalité pour des maladies sur lesquelles le système de soins a un impact. Les travaux les plus récents sur les pays de l'Union européenne (Nolte et Mc Kee, 2004) font apparaître que cette contribution est très significative dans la décennie quatre-vingts, plus faible dans la décennie quatre-vingt-dix, notamment dans les pays nordiques (elle reste élevée en Europe du Sud).

#### Peut-on agir sur les inégalités de santé grâce au système de soins ?

Même si les soins contribuent à la santé, une autre question est de savoir si les inégalités d'accès à certains soins (au sens large, soins curatifs et préventifs) participent de la formation des inégalités de santé.

Dans l'ensemble, la recherche sur les inégalités sociales de santé considère que la réponse à cette question est plutôt négative.

Le premier argument est que d'une part la mise en place de systèmes de soins

égalitaires n'a pas permis de réduire les inégalités sociales de santé, d'autre part il existe des inégalités d'état de mortalité pour des maladies pour lesquelles il n'existe pas de traitement satisfaisant (Mackenbach *et al.*, 1989). C'est pourquoi Marmot et Wilkinson (1999) considèrent que les inégalités d'accès aux soins ne constituent pas une explication à étudier. Un argument plus radical évoqué par Hertzman *et al.* (1994) est que, même si des soins de meilleure qualité ou plus accessibles peuvent supprimer certaines causes de décès engendrant des différences sociales de mortalité à un moment, d'autres causes viendront nécessairement les remplacer. Ceci s'expliquerait par une vitalité différente entre groupes sociaux, hypothèse qui semble en première approche confirmée par le constat d'une surmortalité associée au bas de l'échelle sociale pour toutes les causes de décès, à l'exception du SIDA (Jouglan *et al.*, 2000). Link *et al.* (1998) développent ainsi le concept de « cause fondamentale » selon lequel les ressources financières, éducatives et sociales détermineraient la capacité d'un individu de se prémunir contre le risque de maladie. Les implications en termes de politiques publiques sont clairement énoncées : la réduction des inégalités passe surtout par une redistribution en amont (richesse, éducation), et l'investissement croissant fait dans le système de soins, au mieux, ne sert à rien en termes de réduction des inégalités, au pire, évince d'autres fonctions collectives

<sup>3</sup> McKeown a, par exemple, observé que l'essentiel de la baisse de la mortalité par tuberculose s'est produit au XIX<sup>ème</sup> siècle, avant la découverte du bacille de Koch en 1882 et la mise au point du vaccin BCG en 1921.

<sup>4</sup> Si peu d'études en population générale permettent d'évaluer objectivement l'effet des soins sur l'état de santé, c'est que l'observation de la corrélation à un moment donné n'est pas interprétable, car l'état de santé est à la fois cause et conséquence du recours aux soins : à une date donnée, on observera que les individus les plus malades consomment le plus de soins. Il est donc nécessaire de disposer de données individuelles longitudinales afin d'observer l'effet d'une consommation de soins aujourd'hui sur l'état de santé futur. Or ce type de données est rarement disponible.

<sup>5</sup> Travaux présentés dans une précédente revue de la littérature : L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? (Dourgnon, Grignon, Jusot, *Questions d'économie de la santé* n° 43, 2001).

ou dimensions de la protection sociale qui seraient plus efficaces à ce titre.

Cependant, même si ce n'est pas prioritairement par le système de santé qu'il faudrait agir, ne peut-on agir aussi *via* celui-ci ?

C'est ce que suggèrent Van Doorslaer et Koolman (2002), qui observent que l'inégalité du revenu est certes le premier facteur expliquant les inégalités sociales de santé (entre 25 % et 40 % selon les pays européens analysés), mais aussi que le niveau des inégalités sociales de chaque pays est davantage expliqué par la force de l'association existant entre santé et revenu que par l'inégale répartition du revenu. Ainsi, la faiblesse des inégalités de santé au Danemark n'est pas due au fait que ce pays a un niveau d'inégalités de revenu faible, mais au fait que la santé est faiblement reliée au revenu. Cela signifie donc que, contrairement à l'hypothèse de vitalité différentielle selon le milieu social, il existe des facteurs nationaux, dont pourraient faire partie les politiques sanitaires<sup>6</sup> qui peuvent réduire l'impact de la position sociale sur la santé.

En tout état de cause, la conviction qu'une politique de réduction des inégalités de santé implique d'autres leviers ne dispense pas de s'interroger sur la manière dont un budget aussi massif que les dépenses publiques de santé (près de 8 % de la richesse nationale) pourrait contribuer à cet objectif. Ce n'est pas, en effet, parce les inégalités sociales de santé ne sont pas entièrement expliquées par les différences de recours aux soins que le système de santé n'a aucun rôle à jouer.

### Utilisation du système de santé et inégalités sociales de santé : accès théorique et accès réel

Après avoir rappelé que l'égalité d'accès formelle ne garantit pas un recours identique aux soins, nous analyserons les mécanismes par lesquels le fonctionnement du système de soins et de santé peut contribuer à accroître les inégalités de santé, puis les éléments empiriques qui montrent

que certaines actions au sein du système de santé peuvent contribuer à les réduire.

### L'accès théorique et l'accès réel aux soins

L'argument tiré du NHS selon lequel les soins n'ont pas d'impact, puisque les systèmes de santé accessibles à tous n'ont pas vu diminuer les inégalités, peut tout d'abord être questionné en distinguant l'accès théorique et l'accès formel aux soins.

De fait, en France, malgré un système qui assure un accès général aux soins médicaux, l'utilisation de ce système et les trajectoires des patients varient selon le statut social ou le niveau d'études. Il en est ainsi de la couverture vaccinale ou de la fréquence des dépistages du cancer du col de l'utérus ou du sein, que l'on sait corrélée au risque de mortalité. Des travaux sur les patients hospitalisés pour infarctus du myocarde ont également montré des différences de prise en charge avant l'épisode hospitalier selon les catégories sociales, ainsi que des différences de mortalité préhospitalière et à 28 jours (Lang *et al.*, 1998).

Ces inégalités trouvent-elles leur source dans la demande de soins ou dans la réponse de l'offre ?

### L'explication par la demande

Une première explication serait l'existence de barrières culturelles expliquant, au-delà des barrières financières, que les populations les plus pauvres et les moins éduquées ont moins tendance à recourir aux soins ou du moins ont un recours plus tardif, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie.

Les études disponibles suggèrent effectivement que ces différences d'attitudes vis-à-vis du recours aux soins diminuent fortement lorsqu'il n'y a pas de freins financiers, mais qu'elles ne disparaissent pas. Par exemple, à état de santé identique, la consommation médicale totale des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne diffère pas de celle du

reste de la population ayant une assurance complémentaire (Raynaud, 2003). Elle reste plus orientée vers le généraliste et la pharmacie, et moins vers les actes techniques et spécialisés (même si l'on observe une accélération du recours aux spécialistes (Grignon, Perronnin, 2003)).

### L'interaction entre l'offre et la demande de soins

Une deuxième voie d'explication réside dans l'existence d'obstacles non financiers opposés, au sein du système de santé, aux patients ayant pris la décision de recourir aux soins. Ces obstacles trouvent leur source dans la disponibilité effective des services pour le patient et dans les décisions des professionnels de santé.

### La disponibilité de l'offre

Théoriquement, la disponibilité de l'offre de soins a un impact sur la consommation de soins, puisqu'une faible densité médicale augmente le coût des soins, par le biais d'un coût de transport ou par le biais du coût d'opportunité du temps, lié au temps d'attente par exemple.

De nombreuses études montrent effectivement que la consommation de soins diminue avec la distance ou augmente avec la densité médicale de la zone géographique (Place, 1997 ; Lucas-Gabrielli *et al.*, 2001), mais sans pour autant apporter formellement la preuve de l'effet propre de l'accessibilité géographique, faute de pouvoir contrôler l'ensemble des facteurs de confusion. En France, une analyse des épisodes de soins individuels observe que la densité médicale ne joue pas sur la quantité de recours aux soins, mais influence le fait de recourir plutôt à un généraliste ou à un spécialiste (Breuil-Genier et Rupprecht, 2000). On peut souligner au passage, toujours dans le cas français, que plusieurs études montrent que la distance parcourue par les patients pour se soigner augmente avec le niveau d'étude. Une faible densité de l'offre de soins aurait donc

<sup>6</sup> La conclusion des auteurs porte notamment sur les politiques de santé comme moyen d'influencer le lien entre revenu et santé : cependant, en toute logique, il pourrait s'agir tout autant d'autres éléments sociétaux.

des répercussions plus importantes sur la consommation de soins des personnes appartenant au bas de la hiérarchie sociale.

Peu d'études mettent en évidence un lien entre disponibilité des soins et santé. Cependant, Or (2001) montre, à partir d'une analyse multi-niveaux, menée sur le suivi de données annuelles de mortalité de 21 pays de l'OCDE durant vingt-cinq ans, que les taux de décès sont négativement corrélés à la densité médicale, après contrôle par d'autres déterminants de la santé. Ce résultat est confirmé sur données individuelles en France, où la probabilité de décès en 1988 augmente, toutes choses égales par ailleurs, lorsque la densité médicale de la région d'habitation diminue (Jusot, 2004). En outre, la corrélation est plus marquée pour les personnes les plus pauvres (revenu inférieur au revenu médian) (Jusot, 2003).

#### La réponse du système de santé

En dehors de la disponibilité effective de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

Ainsi, en France, en cas d'hypertension artérielle, les diurétiques sont prescrits plus souvent aux inactifs et personnes au foyer, et moins souvent aux cadres qu'aux autres actifs (Frerot *et al.* 1999). Ces différences de traitement ne constituent cependant pas nécessairement des inégalités, si elles n'ont pas de conséquences sur l'état de santé ou la qualité de vie. En revanche, d'autres différences de traitement peuvent sans ambiguïté être qualifiées d'inégalités. Dans le cas du SIDA, Gebo *et al.* (2005) montrent que, aux Etats-Unis, les Afro-américains, les toxicomanes actifs et les femmes ont moins de chance de recevoir un traitement antirétroviral, à taux de CD4 équivalent. De même, après infarctus du myocarde, les noirs ont moins accès au pontage coronarien que les blancs (non hispaniques), après contrôle par le caractère approprié de l'intervention (Hannan *et al.*, 1999). En France, pour le même événement aigu, aucune différence sociale de traitement n'est observée dans la prise en charge hospitalière. En revanche les catégories sociales favorisées semblent

bénéficier, en amont de l'hospitalisation, d'un suivi ambulatoire plus spécialisé, plus approfondi, avec des explorations coronaires plus fréquentes (Lang *et al.*, 1998).

Comment expliquer ces différences de traitement ? Il peut s'agir d'un comportement « opportuniste » du professionnel, si le mode de rémunération n'est pas identique pour toutes les catégories de population<sup>7</sup> et qu'il a dès lors intérêt à en privilégier certaines. Mais cette explication n'est pas valable dans la plupart des systèmes. On peut aussi penser que le professionnel ajuste son « effort » (de diagnostic ou de prescription) au degré d'exigence de son patient. Dans ce cas, les inégalités de soins fournis résulteraient de la faible pression que les catégories sociales les plus basses sont capables d'exercer sur les professionnels. On peut également rendre compte des différences de traitement par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner (Balsa et McGuire, 2001).

Dans le cas français, Lombrail *et al.* (2004) voient dans ces inégalités de traitement la marque de l'incapacité du système de santé à envisager la dimension sociale des problèmes de santé qu'il s'agisse d'inégalités par défaut produites par un fonctionnement fondé sur la prédominance de soins curatifs et de la réponse à la demande individuelle (« inégalités par omission ») ou d'inégalités liées à des référentiels ou programmes conçus par les institutions qui méconnaissent et parfois accentuent les inégalités sociales de santé (« inégalités par construction »).

*A contrario*, des expérimentations montrent que le système de soins peut, s'il prend conscience des différences de traitement qu'il met en œuvre entre catégories de patients, agir sur ces différences. Par exemple, une action menée sur quinze mois par une équipe de soins primaires au Royaume-Uni a abouti à réduire fortement les différences entre deux populations de statuts sociaux très différents en termes de couverture vaccinale, de suivi

gynécologique et de prévention, voire même dans certains cas à renverser les situations initiales (Marsh *et al.*, 1988).

\* \* \*

Même si les inégalités sociales de santé n'ont pas disparu avec la mise en place de systèmes de santé égalitaires et si celles-ci s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins, il y a donc sans doute aussi une place, dans une politique visant à agir sur elles, pour des politiques mobilisant le système de santé.

En effet, même dans les systèmes proposant un accès formel aux soins strictement égalitaire, il subsiste des différences d'accès réel aux soins. Or, dans un contexte d'amélioration de la médecine, les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui sur les inégalités de santé que les fortes différences d'accès aux soins qui existaient auparavant, mais dans le contexte d'une médecine peu efficace (Wilkinson, 1986). En outre, les conséquences des différences sociales de consommation de soins risquent d'être aggravées par le progrès technique, si les catégories les plus favorisées bénéficient davantage des techniques les plus récentes (Deaton, 2002). Par ailleurs, les résultats probants obtenus dans le cadre d'expérimentations semblent par ailleurs conforter l'hypothèse d'un rôle possible du système de soins primaires dans la lutte contre les inégalités de santé.

Dans la deuxième partie de cette recherche, nous présenterons quelques exemples européens de politiques mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé.

<sup>7</sup> Ainsi, le mode de rémunération peut être plus incitatif pour les plus hauts revenus (dans les systèmes avec assurance publique et privée, par exemple l'Irlande pour les soins hospitaliers), ou bien les niveaux de rémunération peuvent être différents selon les catégories de population (Grignon et Naudin, 2002), ou selon l'assurance complémentaire, par exemple en Suisse (Holly *et al.*, 1998). Par exemple, aux Etats-Unis, selon Currie (2000), les personnes couvertes par Medicaid subissent un rationnement de l'offre de soins, car l'assurance prévoit des tarifs opposables inférieurs à ceux pratiqués pour les autres patients. Ce cas de figure peut se présenter en France pour les bénéficiaires de la CMU, dans le cas des dépassements d'honoraires.

## Pour en savoir plus

- Aïach P. (2004), "Construction des inégalités de santé". *Santé, Société et Solidarité*, 2 : 39-49.
- Balsa A. et McGuire T. (2001), «Statistical discrimination in health care», *Journal of Health Economics* 20 : 881-907.
- Berkman L.F et Kawachi I. (2000), *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1982), *The Black report*, London: Pelican.
- Blane D. (1999), "The life course, the social gradient, and health", in *Social determinants of health*, chap 4, M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford University Press.
- Breuil-Genier P. et Rupprecht F. (2000), "Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyses par épisode de soins", *Economie et Prévision*, 142 : 163-182.
- 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.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y. et al. (2004), "Politiques de santé en Europe et inégalités sociales", *L'élargissement de l'union européenne : enjeux et implications socio-démographiques*, Actes de la Chaire Quetelet 2003, à paraître.
- Currie J. (2000), "Child Health in Developed Countries", in Culyer, T., Newhouse J.P. (Eds), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam: Elsevier : 1054-1090.
- Currie J. et Madrian B.C. (1999), "Health, Health Insurance and Labor Market", in Ashenfelter O., Card D. (Eds), *Handbook of Labor Economics*, Amsterdam: Elsevier : 3309-3416.
- Deaton A. (2002), "Policy Implication of The Gradient of Health and Wealth", *Health Affairs*, 21, 2 : 13-30.
- Desplanques G. (1985), "La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales période (1955-80) ", *Les collections de l'INSEE*, série D, 102.
- Desplanques G. (1993), "l'Inégalité sociale devant la mort", *la Société Française, Données Sociales* : 251-258.
- Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001), "L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ?", *Questions d'Economie de la Santé, Synthèse*, 43.
- Evans R.G. et Stoddart G.L. (1994), "Producing Health, Consuming Health Care", in Evans RG, Barer ML, Marmor TR (Eds), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, New York: NY: Aldine DeGruyter.
- Fox A.J et Goldblatt P.O. (1982), "Socio-demographic Mortality Differentials: Longitudinal Study 1971-75", OPCS Series LS n°1, London: HMSO.
- Fox A.J. et Goldblatt P.O. (1986), "Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances", in Wilkinson R.G., *Class and health: Research and longitudinal data*. London, New-York : Tavistock Publications, 223 p.
- Frérot L., Le Fur P., Le Pape A., Sermet C. (1999), "L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique", rapport CREDES, 1276.
- Gebo, K.A. et al. (2005), "Racial and Gender Disparities in Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy Persist in a Multistate Sample of HIV Patients in 2001". *J AIDS*, 38, 1.
- Genier P. et al. (1997), "Analyse empirique de la consommation de soins de ville au niveau micro-économique ", *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXVII<sup>ème</sup> année, 3-4 : 277-310.
- Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2002), "Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé", *Sciences sociales et Santé*, 20, 4 : 75-128.
- Grignon M., Naudin F., Safon M.O. (2002), «Étude de faisabilité d'une évaluation sur les politiques d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention», *rapport pour le Conseil National de l'Évaluation. Téléchargeable sur <http://www.evaluation.gouv.fr/cgp/fichiers/ei/2609mep.pdf>*
- Grignon M. et Perronnin M. (2003), "Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins", *Questions d'économie de la santé, Analyses*, 74.
- Hannan E.L., van Ryn M., Burke J. et al. (1999), "Access to Coronary Artery Bypass Surgery by Race/Ethnicity and Gender Among Patients Who are Appropriate for Surgery", *Medical Care*, 37 : 68-77.
- Hertzman C., Frank J., Evans R.G. (1994), "Heterogeneities in health status and the determinants of population health", in Evans RG, Barer ML, Marmor TR (Eds), *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*, New York: NY: Aldine DeGruyter.
- Holly A, Gardiol L, Domenighetti G, and Bisig B. (1998), "An Econometric Model of Health Care Utilization and Health Insurance in Switzerland", in Papers and Proceedings of the Twelfth Annual Congress of the European Economic Association, edited by Philippe Jehiel, *European Economic Review*, 42, p. 513-522
- Jougla E., Rican S., Péquignot F., Le Toulec A. (2000), "La mortalité", in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (Eds), *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.
- Jusot F. (2003), "Revenu et Mortalité : Analyse économique des Inégalités sociales de Santé en France", Thèse de doctorat en sciences économiques de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, sous la direction de Pierre-Yves Geoffard ( DELTA), soutenue le 12 décembre 2003.
- Jusot F. (2004), "Mortalité et inégalités de revenu en France", Document de travail du DELTA, 32.
- 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.
- Lang T et al. (1998), "Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64", *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, 10 : 665-71.
- Link B.G., Northridge M.E., Phelan J.C., Ganz M.L. (1998), "Social Epidemiology and the Fundamental Cause Concept: On the Structuring of Effective Cancer Screens by Socioeconomic Status", *The Milbank Quarterly*, 76, 3 : 375-402.
- Lombrail P., Pascal J., Lang T. (2004), "Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire", *Santé, Société et Solidarité*, 2.
- Lucas-Gabrielli V., Nabet N., Tonnellier F. (2001), "Les soins de proximité : une exception française ?", *Questions d'économie de la santé, analyses*, 39.
- Mc Keown T. (1979), *The role of Medicine*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Mackenbach J.-P., Kunst A.E., Cavelaars A.E.J.M. et al. (1997), "Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe: a comparative study", *Lancet*, 349 : 1655-1659.
- Mackenbach J.P. et al. (1989), "The contribution of medical care to inequalities in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention", *Social Science and Medicine*, 29: 369-376.
- Mackenbach J.P. (2003), "An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health : the case of the Netherlands", *Health Care and Social Inequalities*, 33, 3: 523-541.
- Marmot M.G. (1986), "Social inequalities in mortality: the social environment", in Wilkinson R.G., *Class and health: Research and longitudinal data*. London, New-York : Tavistock Publications, 223 p.
- Marmot M. (2000), "Multilevel Approches to Understanding Social Determinants". In Berkman L., Kawachi I., *Social Epidemiology*. Oxford University Press : 349-367.
- Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of health*, Oxford University Press.
- Marsh et al. (1988), "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community", *British Medical Journal*, 296: 173-176.
- Mesrine A. (1999), "Les différences de mortalité par milieu social restent fortes", *La Société française, Données sociales* : 228-35.
- Newhouse J.P. (1993), *Free for all? Lessons from the Rand experiment*, Harvard University Press.
- Nolte E. et Mc Kee M. (2004), *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*, London: Nuffield Trust.
- Or Z. (2001), "Exploring the effects of health Care on Mortality Across OECD countries", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 46.
- Place M. (1997), "The relationship between concentration, patient accessibility and utilisation of services" University of York; Centre for Health Economics; York Health Economics Consortium, NHS Centre for Reviews & Dissemination,
- Raynaud D. (2003), "L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins", *Etudes et Résultats*, 229.
- Smith J.P. (1999), "Healthy Bodies and Thick Wallets : The Dual Relation between Health and Economic Status", *Journal of Economic Perspectives*, 13, 2:145-166.
- Van Doorslaer E. et Koolman X. (2002), "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries", *Ecuity II Working Paper*, March : [http://www.eur.nl/bmg/ecuity/public\\_papers/wp6.pdf](http://www.eur.nl/bmg/ecuity/public_papers/wp6.pdf).
- Wadsworth M. (1986), in *Class and health : research and longitudinal data*. London, New-York : Tavistock Publications, 223 p.
- Wadsworth M. (1999), "Early Life Hypothesis", in *Social determinants of health*, chap 3, M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford University Press.
- Wilkinson R.G. (1986), "Socio-economic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends", in Wilkinson R.G., *Class and health: Research and longitudinal data*. London, New-York : Tavistock Publications, 223 p.