



Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Rapport annuel 2012

Rapport adopté le 13 décembre 2012 à l'unanimité des membres du HCAAM

Composition du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat (jusqu'à fin septembre 2012), puis Mme Annick MOREL, Inspectrice générale des Affaires sociales

Vice-Président

M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances (jusqu'à fin septembre 2012), puis M. Vincent LIDSKY, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme Véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. David OLLIVIER-LANNUZEL, secrétaire général UFSO

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé

M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

M. Daniel BOGUET

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne ; puis N.

M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne ; puis N.

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Vincent DELAHAYE, UCR, Essonne

Mme Catherine GENISSON, PS, Nord-Pas-de-Calais

Sept représentants de l'Etat

M. Vincent CHRIQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique

M. Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale

M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général de l'offre de soins

M. Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé

M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor

M. Julien DUBERTRET, directeur du budget

M. Franck VON LENNEP, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M. Pascal PERROT, médecin conseil national du Régime Social des Indépendants (RSI)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, ancien directeur de l'administration générale et de la modernisation des services

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr. Claude LEICHER, président de MG-France

M. Pierre LEPORTIER, Président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPS)

M. Roland L'HERRON, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé

M. Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

M. Dominique COUDREAU, délégué général de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)

Dr Frédéric MARTINEAU, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers

Pr. Benoit VALLET, président de la CME du CHU de Lille

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

M. Eric LE ROY, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

M. Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES

Un directeur général d'agence régionale de santé

Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile

M. Olivier LÉBOUCHE, président du Syndicat national des Prestataires de Santé à Domicile (SYNALAM)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Karim FELISSI, conseiller national de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées

M. Laurent DEGOS, professeur de médecine

Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine

M. Bruno DURIEUX, inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS.

M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM

M. Jean-Philippe VINQUANT, Inspecteur général des affaires sociales, puis Mme Marie REYNAUD, administratrice de l'INSEE

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	P. 9
<u>TABLEAUX DE BORD DU HCAAM</u>	P.11
Volet accessibilité financière des soins	p.13
Volet tableaux financiers	p.25
<u>PREMIERES REFLEXIONS DU HCAAM</u> <u>SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE</u>	P.35
<u>DOCUMENT D'ETUDE SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE</u>	P.39

Ont contribué à la rédaction du présent rapport au sein du secrétariat général du HCAAM :

Mme Marie Reynaud
M. David Foucaud
M. Jean-Philippe Natali
Mme Pascale Bonnevide

Les statistiques du tableau de bord sur l'accessibilité financière des soins et celles de la note sur les inégalités sociales de santé ont été établies grâce aux données fournies par la CNAMTS et la DREES.

INTRODUCTION

Dans son rapport adopté à l'unanimité le 23 mars 2012 et intitulé « *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* », le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a entendu formuler un avis global sur l'ensemble des questions qui décident aujourd'hui de l'avenir de l'assurance maladie.

Par son contenu, ce rapport du 23 mars 2012 représente donc l'essentiel de ce qui aurait vocation à figurer dans un « rapport annuel » du HCAAM pour l'année 2012.

Mais, comme chaque année depuis la création du HCAAM, il était nécessaire de porter également à ses débats et à son adoption la présentation des principaux chiffres qui décrivent la situation financière et technique de l'assurance maladie.

Cela d'autant plus que cette démarche s'inscrit, depuis maintenant deux ans, dans un processus d'élaboration concertée d'un « Tableau de bord » de l'assurance maladie.

Ce projet de « Tableau de bord » porté par le HCAAM repose, il faut le rappeler, sur l'élaboration progressive d'une série d'indicateurs, choisis de manière consensuelle à partir – c'est un point essentiel - d'une discussion approfondie sur les objectifs fondamentaux de l'assurance maladie.

Partant de ces fondements, le HCAAM entend suivre chaque année l'évolution des chiffres les plus aptes à décrire de manière pertinente la performance de notre système.

Cet exercice, qui complète utilement la réflexion générale de mars dernier, constitue ainsi l'essentiel du présent « Rapport annuel ».

Il s'y ajoute une restitution synthétique des premiers échanges qui se sont tenus lors de la séance du HCAAM du 24 mai 2012 sur le thème fondamental, bien qu'encore insuffisamment nourri de statistiques précises, des « inégalités sociales de santé ». Le document d'étude ayant servi de base à ces échanges est également joint au présent rapport.

TABLEAUX DE BORD DU HCAAM

Volet : accessibilité financière des soins

Le tableau de bord du HCAAM sur l'accessibilité financière des soins présenté dans le présent rapport est conforme au tableau de bord de principe adopté par le HCAAM en 2011.

Grâce à la collaboration de la CNAMTS, il est maintenant possible de présenter un certain nombre d'indicateurs prévus dans ce tableau de bord de principe mais qui n'avaient pas pu être renseignés dans le rapport annuel 2011 :

- Disposant de données couvrant une période de 3 années, 2008, 2009 et 2010, **des évolutions dans le temps** ont pu être calculées.
- De plus, des indicateurs de **restes à charge cumulés sur trois ans** figurent dans le tableau de bord pour la première fois.

Pour autant, s'agissant des données relatives à l'hôpital, le HCAAM a noté que des informations, nécessaires à l'orientation des décisions des pouvoirs publics, manquaient. Il en est ainsi de la distinction, au sein du reste à charge provenant de l'hospitalisation en MCO, entre le ticket modérateur, la participation forfaitaire et le forfait journalier. S'agissant des Soins de suite et de réadaptation et de l'hospitalisation en psychiatrie dans le secteur public, aucune statistique n'est disponible alors que ces soins sont susceptibles de générer de très forts restes à charge. Le HCAAM exprime le souhait qu'un état des lieux des données disponibles, des progrès en cours, des manques – et de leurs causes – soit établi.

Par ailleurs, dans l'attente de nouveaux travaux, il n'a pas été possible de progresser sur les indicateurs de taux d'effort par déciles de niveau de vie. Ceux qui sont présentés sont donc identiques à ceux du rapport de 2011.

Les données macroéconomiques sur le reste à charge ont pu être mises à jour à partir des comptes de la santé de la DREES et des comptes nationaux de l'INSEE.

Volet : tableau de bord financier

Le volet financier du tableau de bord a été modifié dans sa présentation par rapport à celui qui figurait dans le rapport annuel de 2011. Les données, qui se fondent sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le rapport de la commission des comptes de l'automne 2012, sont présentées de façon plus synthétique.

Tableau de bord

Volet : accessibilité financière des soins

Note : en raison de l'amélioration continue de la qualité des données sur les restes à charge et de plusieurs différences de champ entre les données ayant servi à l'élaboration du tableau de bord 2011 et du présent tableau de bord, les comparaisons terme à terme entre ces deux tableaux de bord ne sont pas possibles. En revanche, des comparaisons dans le temps, d'une année sur l'autre, ont été réalisées pour la première fois dans ce rapport grâce à des données construites avec la même méthodologie.

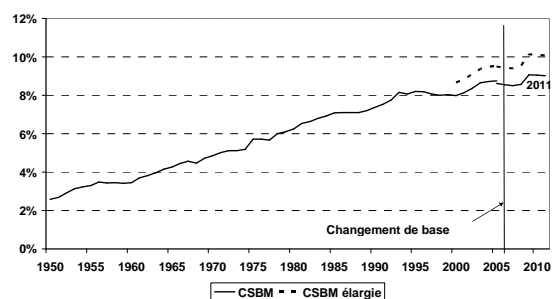
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 180 Mds d'€ en 2011 (9,0 % du PIB), en progression de 2,7 % par rapport à l'année précédente.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 201,3 Mds d'€ en 2011 (10,1 % du PIB), en hausse de 2,7 % par rapport à 2010.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB



CSBM et CSBM élargie

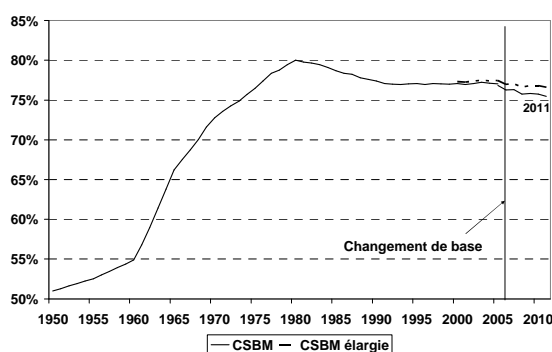
	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2010	2011	
CSBM (1) dont	175 382	180 037	2,7
- Soins ambulatoires de ville	44 056	45 671	3,7
- Soins hospitaliers	81 426	83 582	2,6
- Transport de malades	3 787	3 900	3,0
- Médicaments	34 518	34 704	0,5
- Autres biens médicaux	11 595	12 180	5,0
SSAD	1 334	1 398	4,8
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	7 665	7 963	3,9
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	8 255	8 531	3,3
Prévention individuelle (4)	3 391	3 417	0,8
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	196 027	201 346	2,7

• Le financement des dépenses de santé

La CSBM est financée à hauteur de 75,5 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,3 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 13,7 %. Les ménages financent directement 9,6 % de la CSBM, soit autant qu'en 2010.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,6 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,2 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 12,9 %. Les ménages financent directement 8,6 % de la CSBM élargie, comme en 2010.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2010	2011
CSBM			
Sécurité sociale	76,8%	75,8 %	75,5 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	13,0%	13,5 %	13,7 %
Ménages	9,0%	9,6 %	9,6 %
CSBM élargie			
Sécurité sociale	77,4%	76,8 %	76,6 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9%	1,9 %	1,9 %
Organismes complémentaires	12,5%	12,7 %	12,9 %
Ménages	8,1%	8,6 %	8,6 %

Source : données DREES, base 2005

Sources, champ:

Sources : DREES, comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale

Champ géographique : France entière

- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement (en %)**

En 2010, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 75,0 % pour l'ensemble des soins des consommateurs du régime général. Elle est de 59,7 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 88,0 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

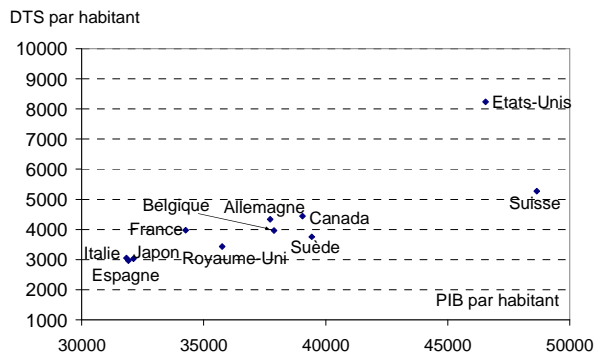
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale 2010

	Non ALD	ALD	Ensemble des consommateurs
Ensemble des soins	59,7	88,0	75,0
Soins ambulatoires hors optique	56,6	86,0	71,8
Soins ambulatoires y compris optique	51,6	84,0	67,7
Hôpital	88,6	95,1	92,9
<i>Pour mémoire : Part dans la population de consommateurs</i>	82,4 %	17,6 %	100,0 %

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2010, calculs SG HCAAM

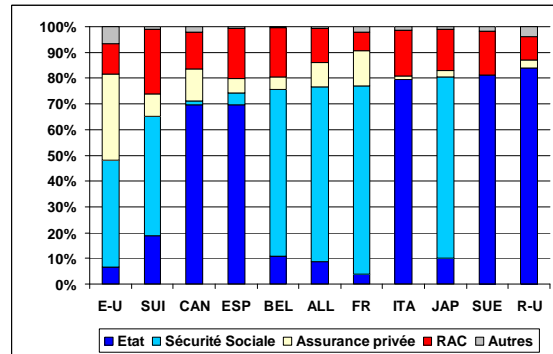
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2010



Japon : 2009

Financement des dépenses totales de santé en 2010



Japon : 2009

Sources, champs, définition :

RAC et Dépense présentée au remboursement

CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO/PSY/SSR, 2010

Champ des assurés : Régime général hors SLM, migrants, bénéficiaires de l'AME

Champ des consommateurs : L'échantillon est constitué des personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins en 2010, quel que soit le type de soins.

Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO/PSY/SSR pour le secteur privé et hôpital MCO pour le secteur public. Les actes et consultations externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que le secteur privé à l'hôpital public sont inclus dans les soins de ville. Les actes et consultations externes en activité salariée à l'hôpital public ne sont pas disponibles. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.

Champ géographique : France entière

Comparaisons internationales :

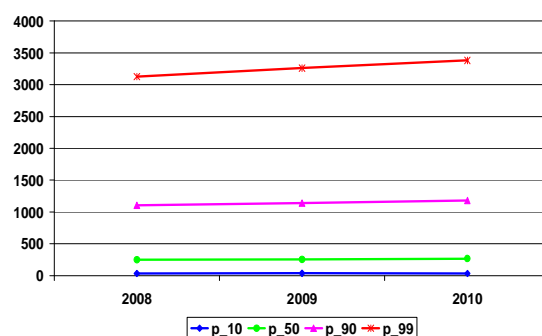
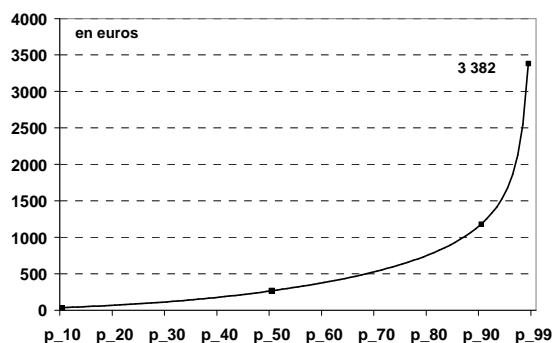
OCDE, Eco-Santé, 2010

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

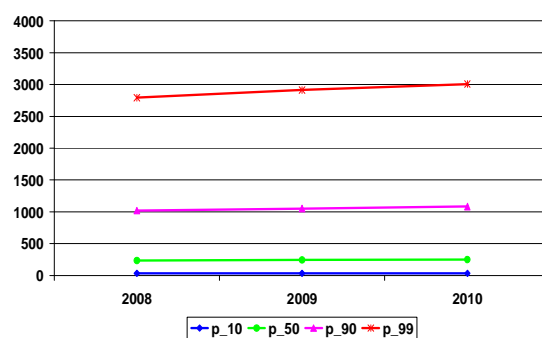
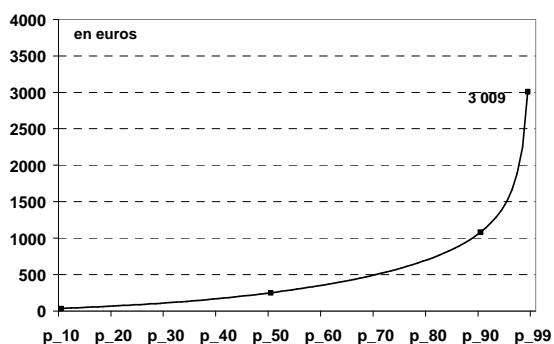
L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien-portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2010
- Evolution dans le temps de la dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire

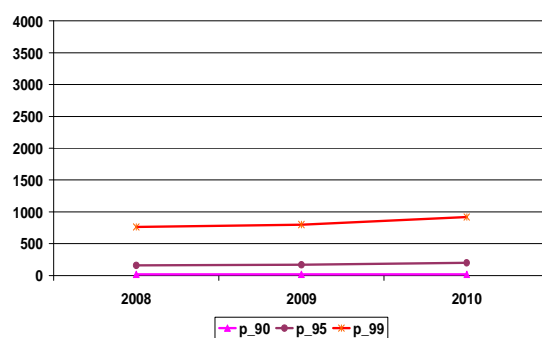
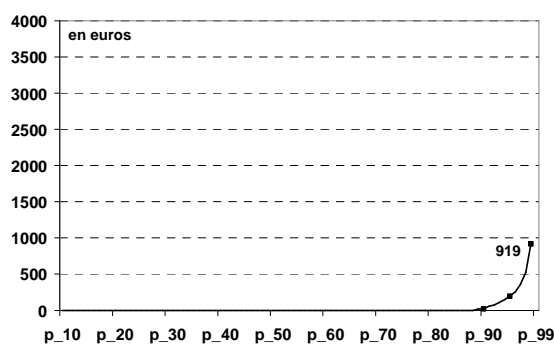
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



Les trois graphiques de gauche indiquent que les RAC après assurance maladie obligatoire présentent une importante dispersion : 10 % des consommateurs ont un RAC supérieur à 1 000 € en 2010 tandis que pour 50 % d'entre eux, le RAC est inférieur à environ 250 €.

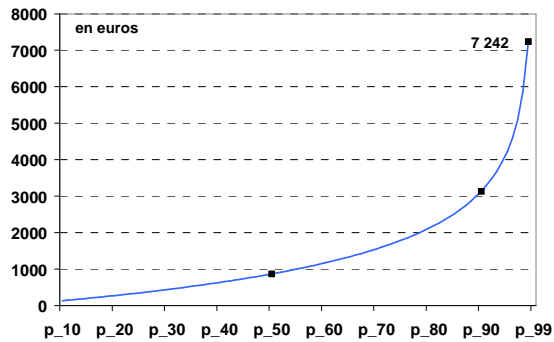
Entre 2008 et 2010, c'est au sommet de la distribution (p99) que les RAC se sont nettement accrus en montant.

Définition :

Les personnes consommandes sont les personnes qui ont eu une dépense de soins, quel que soit le type de soins. Notamment les deux schémas du bas intègrent aussi des personnes n'ayant eu que des soins de ville (avec un RAC hospitalier égal à 0).

- Dispersion des RAC cumulés sur 3 ans (2008-2010)

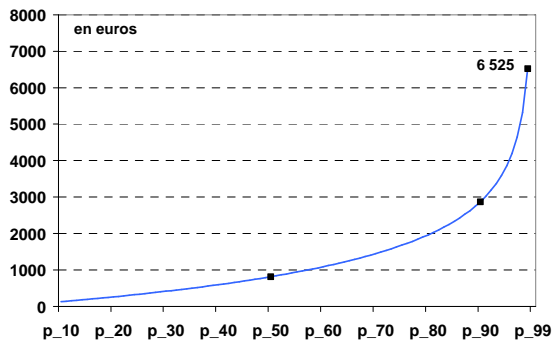
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



Pour 50% des consommateurs de soins, le reste à charge total cumulé sur 3 ans est inférieur à 1000 €.

Pour 10%, le RAC est supérieur à 3000 € tandis que 1% des consommateurs est exposé à un RAC cumulé sur trois années supérieur à 7200 €.

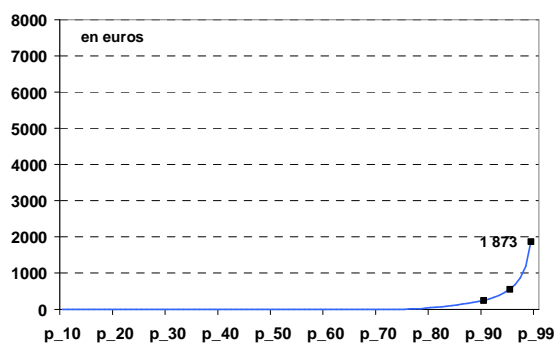
RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



Définition (suite) :

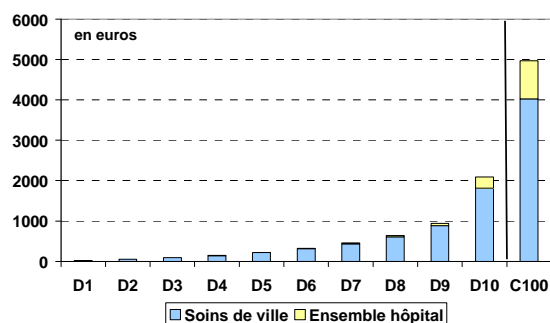
Les personnes prises en compte dans les indicateurs de dispersion couvrant la période 2008-2009 sont les personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins au moins une fois sur la période de 3 ans.

RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

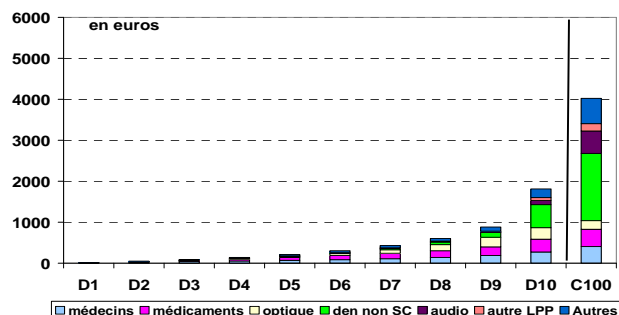
- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010



RAC après AMO moyens par déciles et centile Ensemble des soins 2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	18	0	18
D5	215	6	221
D10	1 812	278	2090
C100	4 026	945	4971
Ensemble	456	41	498

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2010



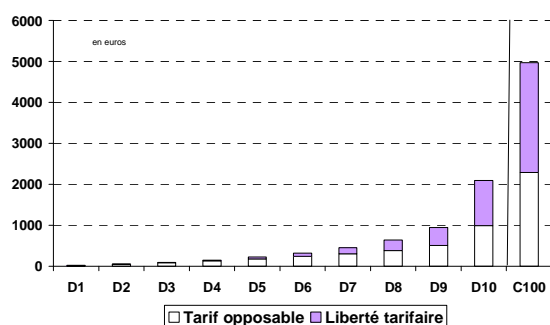
RAC après AMO moyens par déciles et centile Soins de ville 2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	9	6	0	1
D5	72	74	16	12
D10	279	311	280	565
C100	405	426	213	1 636
Ensemble	100	110	82	83

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	0	1	18
D5	0	8	33	215
D10	99	71	208	1 812
C100	551	173	621	4 026
Ensemble	10	16	55	456

Autres : transports, auxiliaires, analyses de laboratoire, soins conservateurs dentaires, forfaits divers.

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010

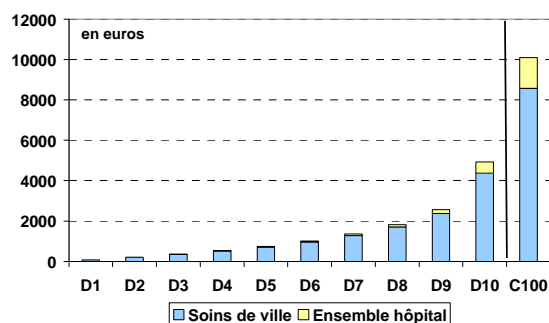


RAC après AMO moyens par déciles centiles Ensemble des soins (€)

€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	0	18
D5	181	40	221
D10	985	1 105	2 090
C100	2 287	2 684	4 971
Ensemble	286	212	498

Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont des RAC provenant de la liberté tarifaire proportionnellement plus élevés que les autres.

- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)



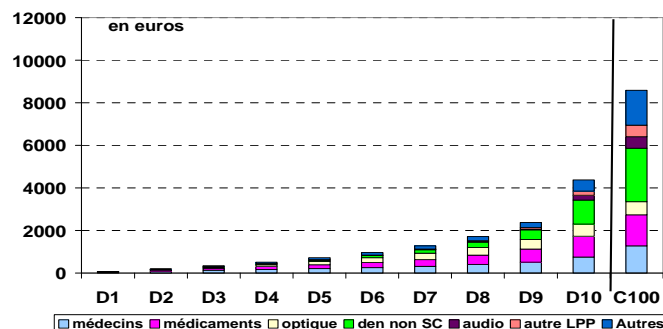
RAC après AMO moyens par déciles et centile Ensemble des soins 2008-2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	68	1	69
D5	714	32	746
D10	4 378	558	4 936
C100	8 581	1 525	10 106
Ensemble	1 253	105	1 358

Les 10% des consommateurs exposés au RAC cumulé sur 3 ans le plus élevé font face à un RAC moyen de près de 5 000€, dont 90% sont issus des soins de ville.

Pour 1% des consommateurs, le RAC cumulé moyen dépasse les 10 000€.

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, sur trois ans (2008-2010)

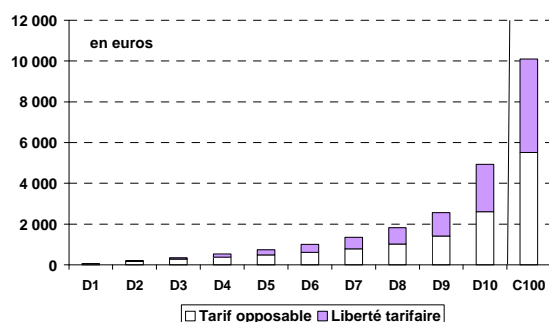


RAC après AMO moyens par déciles et centile Soins de ville 2008-2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	30	22	1	6
D5	206	181	147	68
D10	746	979	575	1 124
C100	1 270	1 465	619	2 507
Ensemble	281	310	218	227

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	2	8	68
D5	0	20	92	714
D10	231	189	533	4 378
C100	545	541	1 633	8 581
Ensemble	26	43	147	1 253

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)

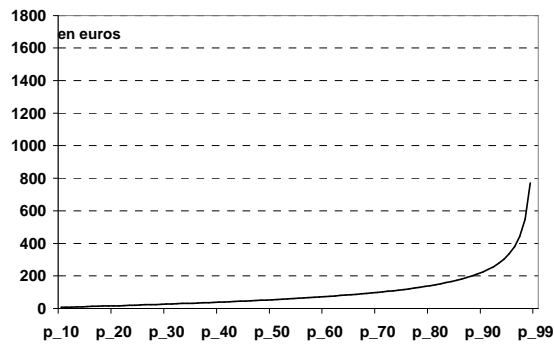


RAC après AMO moyens par déciles centiles Ensemble des soins (€)

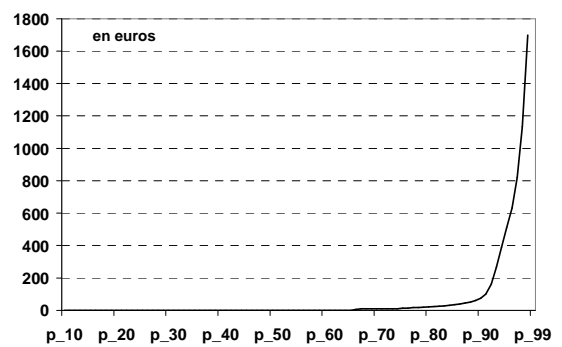
€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	65	4	69
D5	491	254	746
D10	2 608	2 328	4 936
C100	5 511	4 595	10 106
Ensemble	787	570	1 358

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de soins, 2010

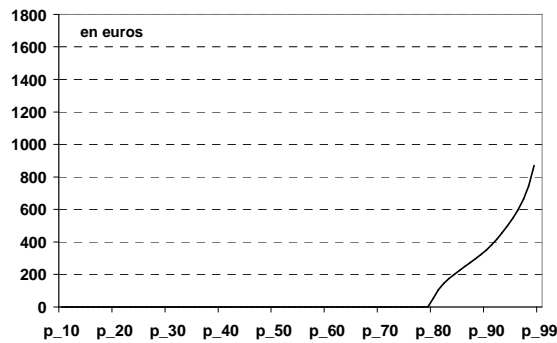
Médecins



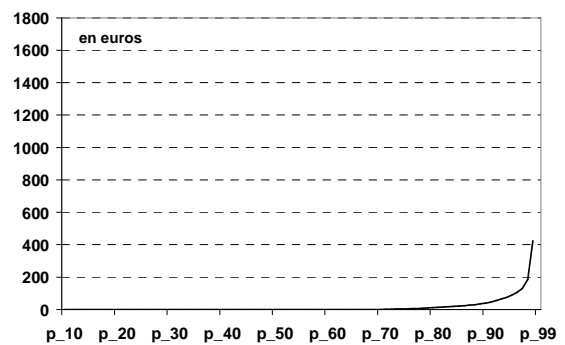
Soins prothétiques dentaires



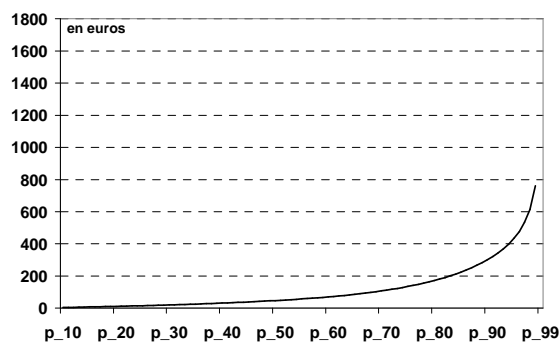
Soins d'optique



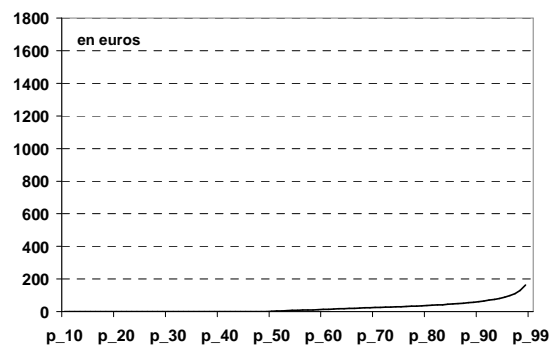
LPP hors optique



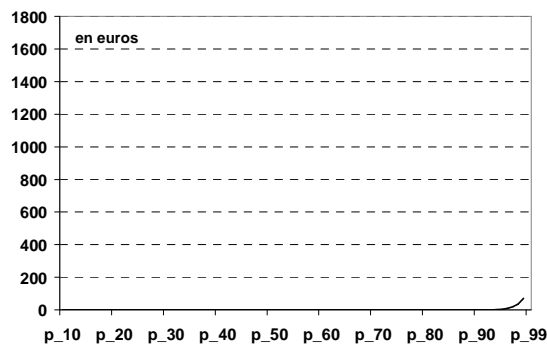
Médicaments



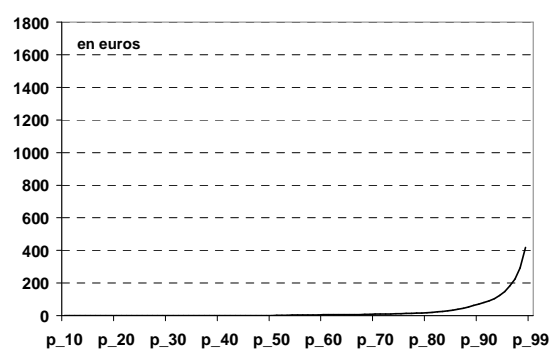
Laboratoires



Transports



Autres soins



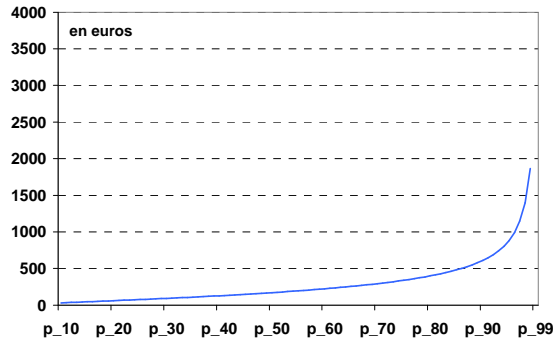
Précautions méthodologiques :

Dans ces graphiques de la partie B1, la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient.

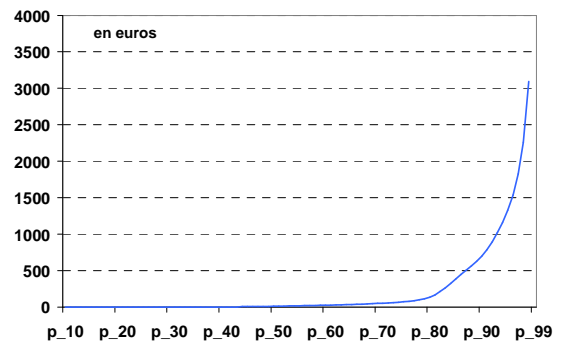
Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), les individus sont classés selon leur RAC après AMO total (ville et hôpital) croissant. On a ensuite procédé à un regroupement par « déciles », correspondant chacun à 10 % de la population considérée. Les RAC après AMO moyens par sous catégorie de soins sont calculés pour chaque décile.

• Dispersion par centile des RAC cumulé après AMO pour les consommateurs de soins, sur trois ans (2008-2010)

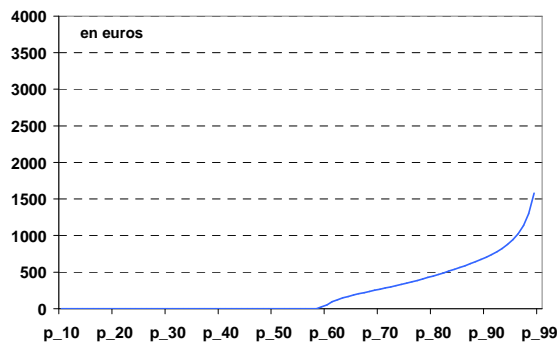
Médecins



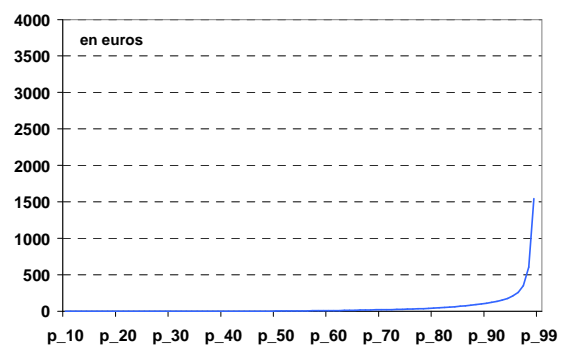
Soins prothétiques dentaires



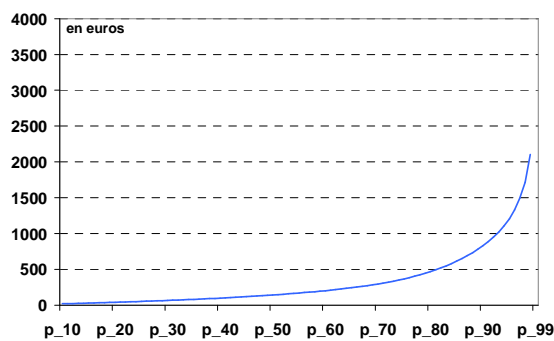
Soins d'optique



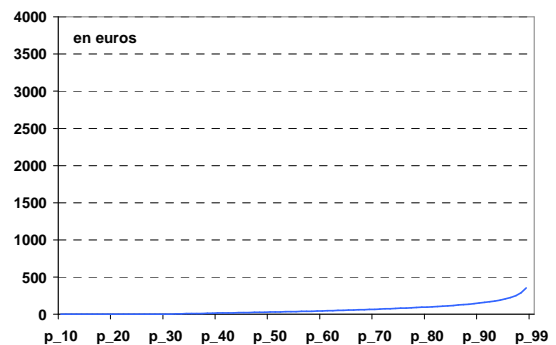
LPP hors optique



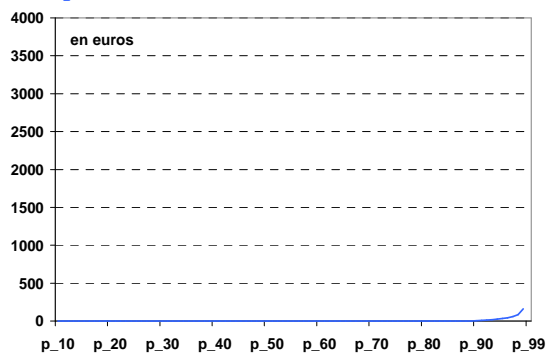
Médicaments



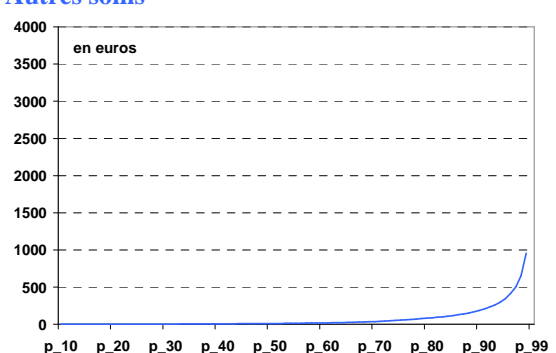
Laboratoires



Transports



Autres soins



Précautions méthodologiques (suite) :

On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1 % des personnes qui ont les RAC totaux (ville et hôpital) les plus élevés. Dans les indicateurs de dispersion par centiles p10-p99, chaque point de la courbe représente un individu : ainsi par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur. Les individus sont ainsi classés selon le RAC croissant du soin considéré. Ce classement est donc différent du précédent.

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Données macro-économiques

Comme le principe de solidarité entre bien portants et malades n'implique pas nécessairement la totale gratuité, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. En conséquence, les indicateurs associés à cet objectif intègrent toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - et toutes les ressources - revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires.

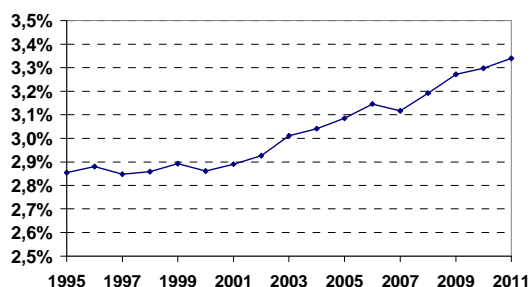
- **Taux d'effort après AMO moyen par ménage**

En moyenne, en 2011, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages s'établit à 3,3 % du revenu disponible brut, en très légère progression par rapport à 2010.

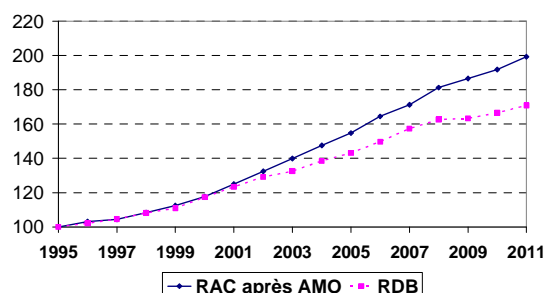
- **Evolution des différentes composantes du taux d'effort après AMO**

Le RAC après AMO et le revenu disponible des ménages ont augmenté en 2011 à un rythme plus rapide qu'en 2010. La légère hausse du taux d'effort moyen observé cette année résulte de la croissance plus rapide du RAC après AMO.

Taux d'effort après AMO



RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale, 2011

Champ : France entière, ensemble des ménages

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

$RDB = \text{Revenu} - \text{Impôts \& cotisations sociales} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes AMC}$

Dispersion des taux d'effort (page suivante)

DREES, Microsimulation OMAR-INES, 2008

La dépense de soins prise en compte dans les taux d'effort est la dépense présentée au remboursement.

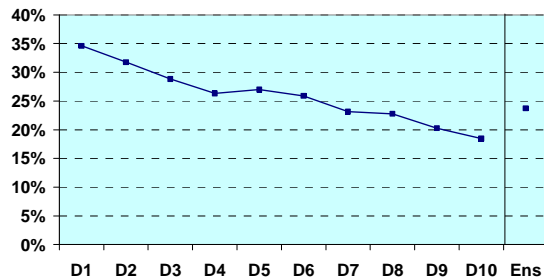
Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Analyse de dispersion par décile de niveau de vie

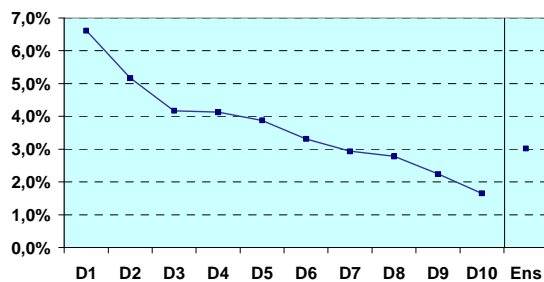
Les indicateurs ci-dessous, identiques à ceux du tableau de bord du rapport annuel de 2011, sont issus d'une simulation, réalisée par la DREES, sur données individuelles portant sur l'année 2008. Les taux d'efforts sont calculés par décile de niveau de vie.

• Taux d'effort brut



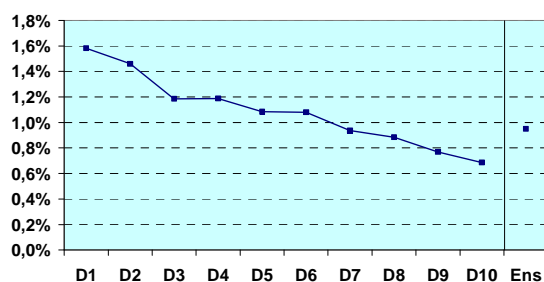
Le taux d'effort brut est égal au rapport entre la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) et la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

• Taux d'effort après AMO



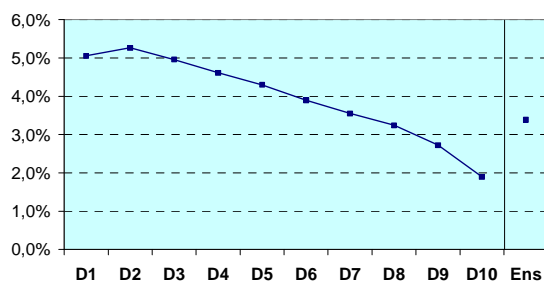
Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

• Taux d'effort après AMO et AMC



Le taux d'effort après AMO et AMC est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire et des primes d'assurance.

• Taux d'effort sur revenus nets



Le taux d'effort sur revenu net est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

B3. Renoncement aux soins pour raisons financières

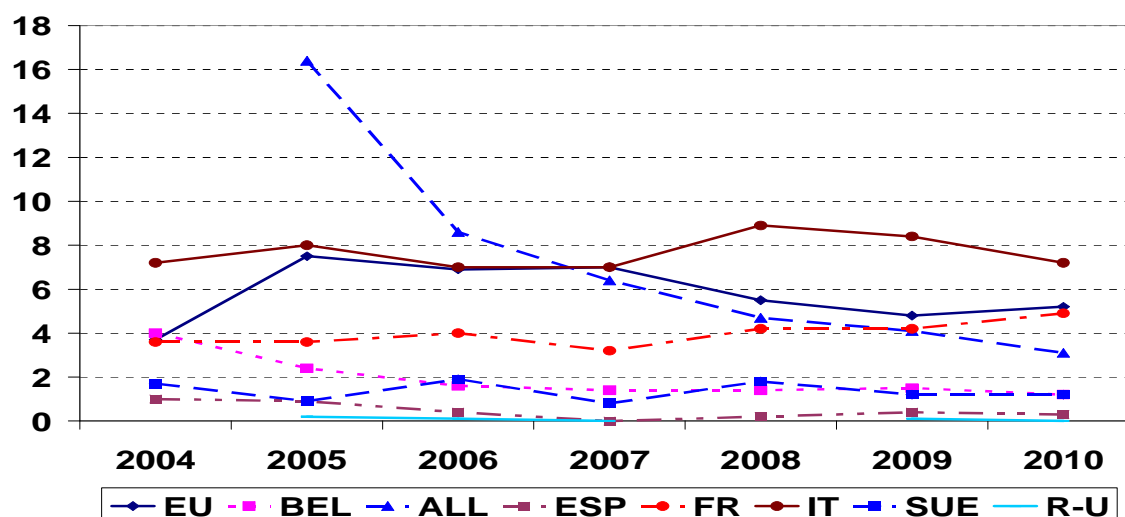
Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, d'accessibilité financière pour les bas revenus, et lorsque les données seront disponibles de recours efficient au système de soins. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0	19,7
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3	14,0
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4	32,6

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête Santé et protection sociale, 2010

Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, Survey on Income and Living Conditions, SRCV, Situation des revenus et des conditions de vie, INSEE, 2009

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Les quintiles de revenus rassemblent 20 % de la population. Le premier quintile de revenus correspond aux 20 % de personnes ayant les revenus les plus bas.

Tableau de bord

Volet : tableaux financiers

A . Les hypothèses macroéconomiques

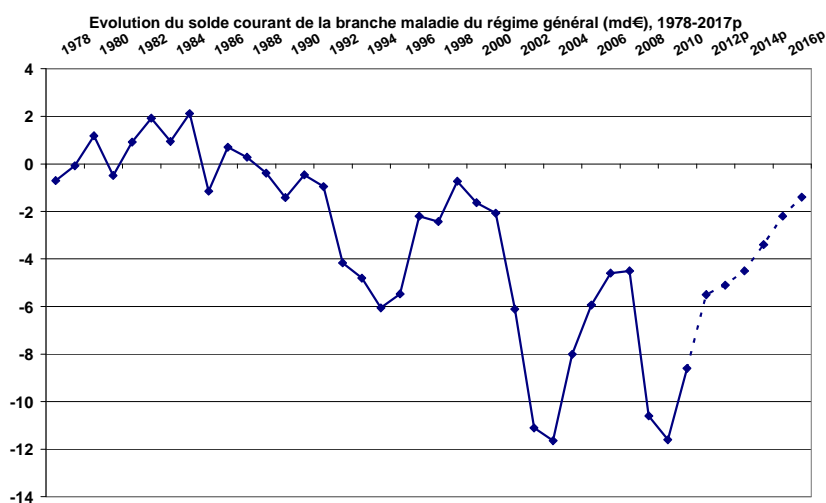
Tableau 1 : Hypothèses macroéconomiques du Gouvernement

	ONDAM en valeur	PIB en volume	Masse salariale en valeur
2012	2,6%	0,3%	2,5%
2013	2,7%	0,8%	2,3%
2014	2,6%	2,0%	4,0%
2015 à 2017	2,5%	2,0%	4,0%

Source : annexe B au PLFSS 2013.

B . La situation de la branche maladie

B.1 - Le solde de la branche maladie s'améliore après l'aggravation du déficit de 2009-2010



Source : annexes B au PLFSS, INSEE.

Après le brutal décrochage des recettes lié à la crise de 2008-2009, le déficit a commencé à se réduire en 2011.

En 2011, le déficit de la branche maladie du régime général s'est établi à -8,6 Mds €, contre -11,6Mds € en 2010.

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie était de -8,5Mds €, contre -11,4Mds € en 2010.

Pour l'année 2012, le PLFSS prévoit une amélioration du solde tant de la branche maladie du régime général que de l'ensemble des régimes obligatoires, le déficit s'établissant néanmoins à un niveau toujours élevé, à -5,5 Md €.

Le PLFSS prévoit la poursuite de cette amélioration de 2013 à 2017, sans toutefois parvenir à un retour à l'équilibre.

Tableau 2 - Solde de la branche maladie (RG et obligatoires de base)

En Md€	2007	2008	2009	2010	2011	2012p	2013p
Régime général	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,5	-5,1
Ensb des régimes de base	-5,0	-4,1	-10,4	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1
FFIPSA, part maladie	-1,2	-1,4	-	-	-	-	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-6,2	-5,5	-10,4	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1

Source : annexe B au PLFSS 2013

B.2 - La branche maladie n'est pas la seule à connaître un déficit important

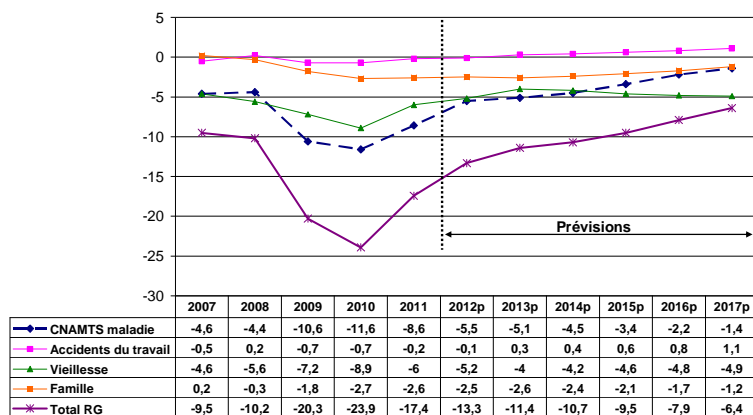
Sur la période récente, la branche maladie n'est pas la seule à connaître une situation dégradée. La branche vieillesse enregistre également une situation déficitaire très soutenue, avec près de -9 Mds € en 2010.

Les perspectives de redressement de la branche vieillesse apparaissent moins favorables puisque le déficit devrait se maintenir autour de 4-5 Mds € dans les années qui viennent.

Dans une moindre mesure la branche famille, partant d'un excédent en 2007, a plongé et enregistrerait un lent redressement.

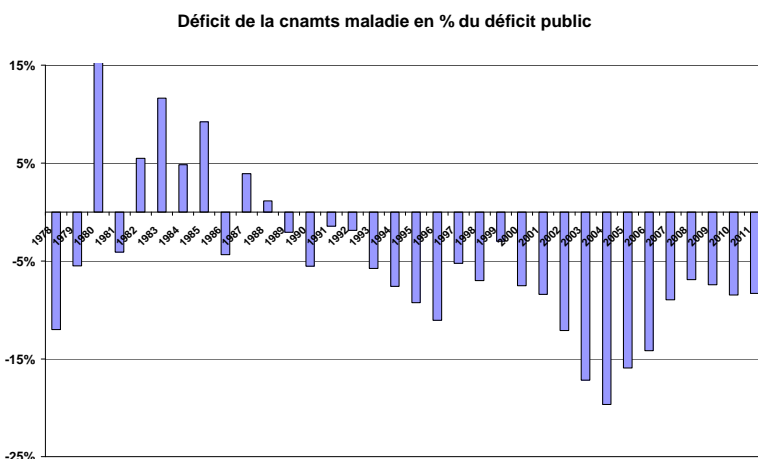
Au total, la branche maladie, qui constituait une part majeure du déficit du régime général en 2009/10 et 2011 devrait être à l'origine d'une part plus limitée du déficit.

Evolution du solde par branche du régime général (md€), 2007-2017p



Source : annexe B au PLFSS 2013.

B.3 – Le déficit de la branche maladie représente 8,3% du déficit de l'ensemble des administrations publiques



Source : annexes B au PLFSS ; INSEE Comptes nationaux.

Le HCAAM suit depuis 2010 les évolutions comparées du déficit de la branche maladie du régime général et de celui de l'ensemble des administrations publiques (déficit au sens de Maastricht).

En 2011, le déficit de la branche maladie a évolué un peu plus favorablement que celui de l'ensemble des administrations publiques, avec un poids de 8,3% contre 8,5% en 2010.

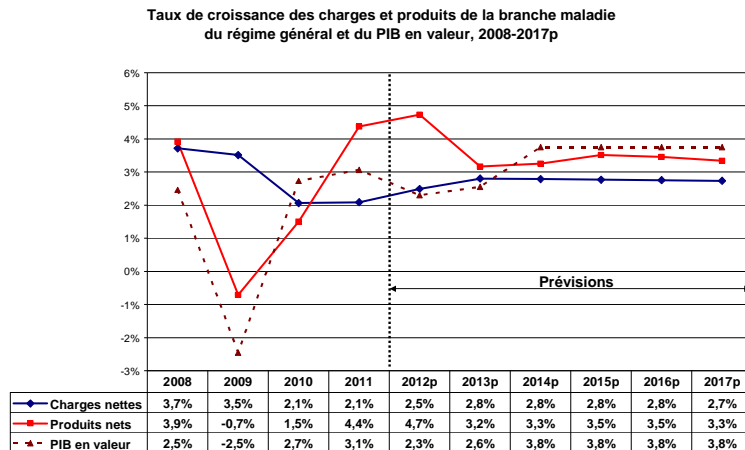
B.4 - Le retour à l'équilibre de la branche maladie devrait être lent et progressif

La crise a fait plonger les produits de la branche maladie du régime général, avec un recul en 2009, alors que les charges progressaient rapidement.

En 2010, la situation s'est améliorée avec une hausse des produits et une croissance modérée des charges.

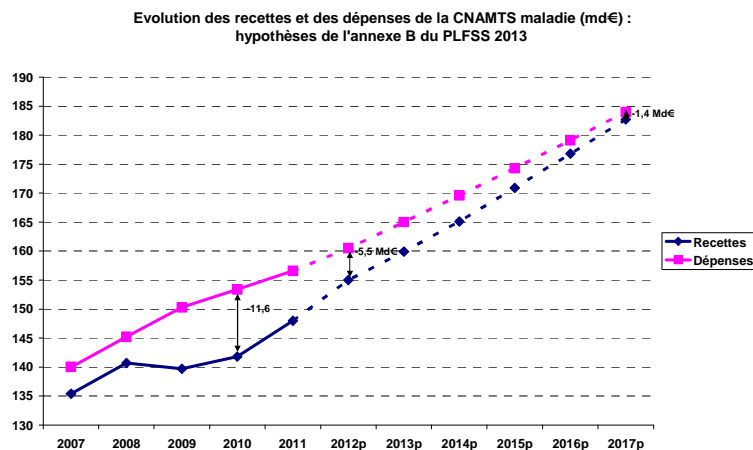
Enfin, les années 2011 et 2012 sont marquées par un dynamisme des produits supérieur à celui des charges.

Pour les années suivantes, il est prévu une progression des produits légèrement supérieure à celle des charges.



Source : annexe B au PLFSS 2013 ; INSEE Comptes nationaux.

Ces projections prennent en compte les mesures nouvelles associées au PLFSS et au PLF pour 2013 dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection ainsi que les mesures annuelles qui seront prises pour respecter l'Ondam (+2,6 % en 2014 et +2,5 % par an de 2015 à 2017).

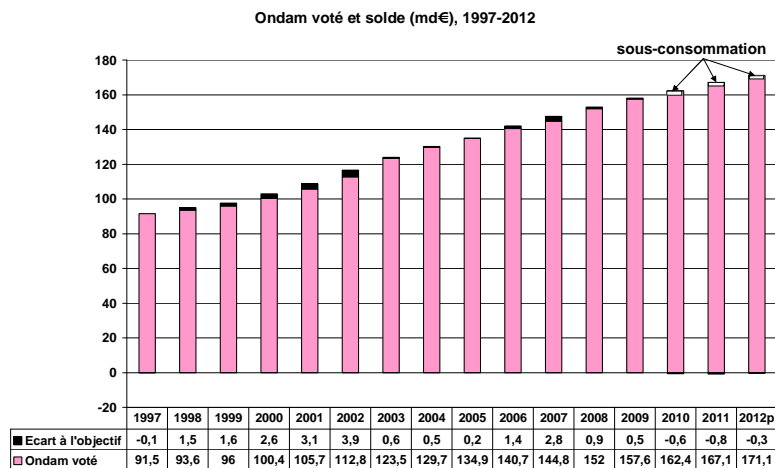


Source : annexe B au PLFSS 2013.

Partant d'un déficit 2012 de 5,5 Mds €, le solde de la branche maladie du régime général devrait se situer à -1,4 Md€ en 2017.

C. Les dépenses de santé

C.1 – En 2012, pour la troisième année consécutive, l'Ondam réalisé devrait être inférieur à l'Ondam voté



Source : DSS, CCSS.

En 2012, pour la troisième année consécutive l'Ondam devrait afficher une sous-consommation, d'un montant d'environ 350 millions d'euros.

Ceci avait déjà été le cas en 2010 avec 600 millions et en 2011 avec 800 millions de sous-consommation.

Cette nouvelle période tranche avec les années précédentes, durant lesquelles l'Ondam avait été systématiquement dépassé.

C.2 - C'est sur le segment des soins de ville que l'Ondam 2012 devrait afficher une réalisation inférieure de 350 millions d'euros à l'objectif voté

En 2012, les dépenses de soins de ville devraient se monter à 78,5 Mds €, pour un objectif de 78,9 Mds €. Au sein des soins de ville, ce sont les honoraires libéraux qui ont connu la plus forte progression des dépenses.

Concernant les établissements de santé, les dépenses devraient se situer au niveau des objectifs (74,6 Mds €). Avant mesures correctrices, le risque prévisionnel de dépassement sur le champ des établissements de santé s'élève à un peu plus de 0,4 Mds €. Les établissements anciennement sous dotation globale contribuent à ce dépassement prévisionnel pour près de 450 M € alors que, à l'inverse, les dépenses des cliniques privées seraient inférieures de 45 M € au niveau initialement prévu. Ce risque de dépassement est gagé par les mises en réserve de dotations prévues en début d'année pour un montant total de 415 M €.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée et ne peut être ni dépassée ni sous-consommée. Des crédits d'ONDAM pour un montant de 100 M€ dans le secteur personnes âgées ont été mis en réserve en début d'exercice, et reviendront au secteur dès lors que la dynamique réelle de la dépense permettra le respect de l'objectif global des dépenses médico-sociales.

Tableau 3 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM – Tous régimes (en Mds €)

	2010 périmètre 2011	Constat provisoire 2011	Taux d'évolut ion	Sous- objectifs arrêté 2011	Ecart réalisation /objectif	2011 périmètre 2012	Constat provisoir e 2012	Taux d'évolutio n	Sous- objectifs arrêté 2012	Ecart réalisatio n/objectif
Soins de ville	74,8	76,7	2,5%	77,3	-0,6	76,7	78,5	2,4%	78,9	-0,35
Etablissements de santé	70,9	72,6	2,4%	72,9	-0,2	72,7	74,6	2,5%	74,6	0,00
Médico-social	15,1	15,8	4,8%	15,8	0,0	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,00
dont personnes âgées	7,2	7,6	5,8%	7,6	0,0	7,6	8,0	6,1%	8,0	0,00
dont pers. handicapées	7,9	8,3	3,9%	8,3	0,0	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,00
Autres	1,1	1,2	8,7%	1,1	0,1	1,2	1,2	1,1%	1,2	0,00
ONDAM	161,9	166,3	2,7%	167,1	-0,8	166,4	170,8	2,6%	171,1	-0,35

Source : rapport de la CCSS de septembre 2012

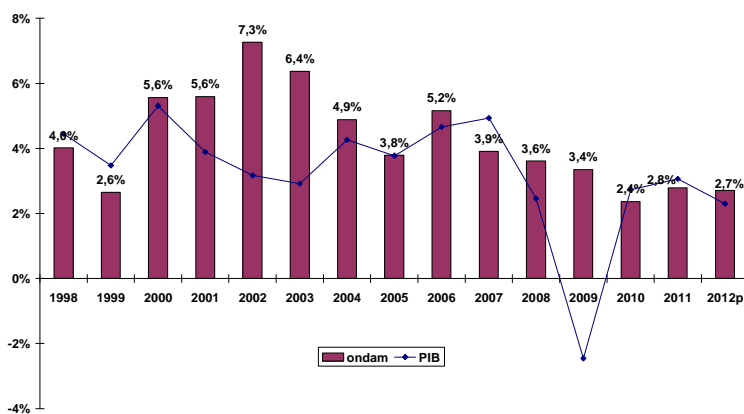
Tableau 4 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM – Régime général (en M€)

	2010	2011	Evolution 2011/2010	Evolution 2012/2011
Honoraires libéraux	28 073	29 028	3,4%	3,1%
dt hono privés	15 899	16 393	3,1%	1,4%
dt hono.paraméd.	6 591	6 905	4,8%	7,6%
dt laboratoires	2 797	2 858	2,2%	-0,7%
dt transports	2 786	2 871	3,1%	5,6%
Autres soins de ville	30 970	31 528	1,8%	0,3%
dt médicaments	18 417	18 621	1,1%	0,1%
dont IJ maladie et AT	8 682	8 874	2,2%	0,1%
dont disp. méd.	3 871	4 033	4,2%	2,3%
Total Soins de ville	60 325	61 844	2,5%	1,7%

Source : rapport de la CCSS de sept. 2012. NB : rémunération à la performance exclue

C.3 - La progression de l'Ondam est depuis trois ans quasi-identique à celle du PIB

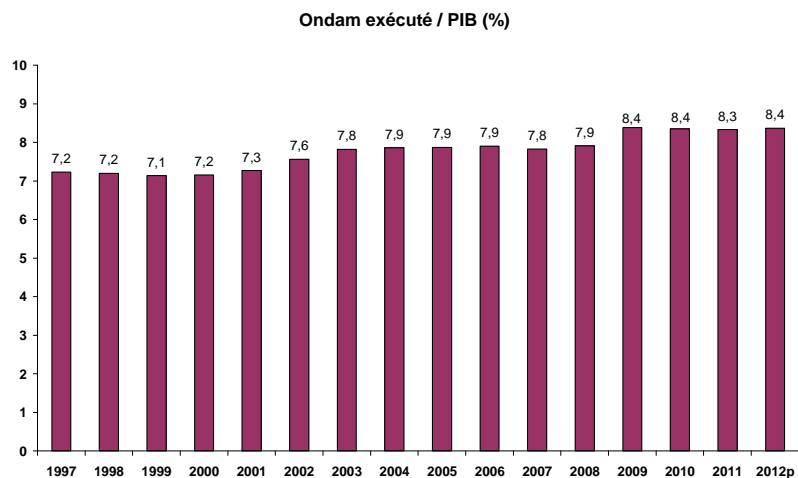
Evolutions annuelles du PIB et de l'Ondam exécuté, 1998-2012



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013

Hormis en 2008, et surtout en 2009, comme conséquence de la crise, l'Ondam progresse en valeur de manière assez similaire à celle du PIB. Ceci est particulièrement frappant pour la période 2010-2012.

C.4 - Depuis 2009, l'Ondam représente environ 8,4% du PIB



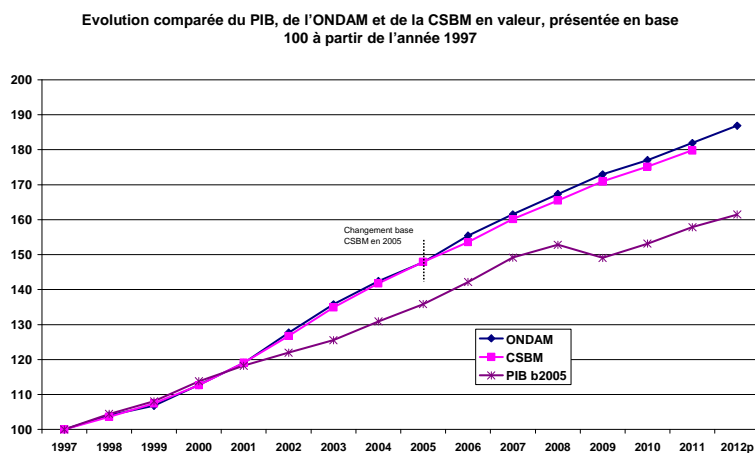
Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013

Du fait de ces évolutions parallèles, l'Ondam rapporté au PIB s'est stabilisé autour de 8,3-8,4% depuis maintenant quatre ans.

Trois périodes se distinguent nettement :

- de 1997 à 2001, l'Ondam représentait environ un peu plus de 7% du PIB,
- de 2002 à 2008, le rapport se rapproche des 8%,
- depuis 2009, l'Ondam a sensiblement dépassé les 8%.

C.5 - Depuis 1997, l'Ondam a progressé de 90% contre 60% pour le PIB



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013, DREES Comptes de la santé.

Ce graphique présente la progression du PIB, de l'Ondam et de la CSBM, en prenant comme point de départ l'année 1997, avec la valeur 100.

Il apparaît aujourd'hui que l'Ondam a progressé plus vite que le PIB pour atteindre presque la valeur 190 (contre 100 en 1997), contre un peu plus de 160 pour le PIB (contre 100 en 1997).

Quant à la CSBM, elle a suivi globalement le même sentier que l'Ondam, ce qui se traduit par un taux de remboursement global constant.

C.6 – Les prestations maladie hors Ondam

Tableau 5 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)

	2010 M €	2011 M €	Evolution 2011/2010	2012 M €	Evolution 2012/2011
Total	2 983	2 968	-0,5%	3 022	1,8%
dont IJ maternité	2 759	2 741	-0,7%	2 790	1,8%
dont IJ paternité	224	227	1,6%	231	1,9%
SMPT			2,5%		2,5%

Source : rapport de la CCSS de sept 2012 ; ACOSS pour le SMPT.

Tableau 6 – Les pensions d'invalidité (Régime général)

en millions d'euros

	2010	2011	2012
Total	4 292	4 513	4 813
Progression en valeur	-3,7%	5,2%	6,6%
dont revalorisation	0,9%	1,8%	2,1%
dont effet volume	0,5%	2,3%	0,6%
dont réforme retraite		0,9%	3,9%
dont ASI	-5,1%	0,0%	0,0%

Source : rapport de la CCSS de sept. 2012.

D. La dette sociale

Tableau 7 - Evolution du montant de la dette sociale transférée à la CADES depuis sa création

Années	Montant total transféré à la CADES (en M €)	Estimation des montants transférés au titre la branche maladie du régime général (en M €)
1996	44 730	12 530
1998	13 206	7 755
2003	1 280	
2004	36 100	35 000
2005	6 610	6 610
2006	5 700	5 700
2007 (régularisation reprise 2006)	-65	-65
2008	10 000	3 500
2009	17 000	5 578
2011 (Maladie : estimation SG du HCAAM)	67 800	32 000
2012	6 600	0
2013	8 100	0
Total	217 061	108 608

Source : rapports de la CCSS et Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale de la DSS

Après avoir repris en 2012 6,6 Mds € de dettes issues de la branche vieillesse, la CADES devrait reprendre en 2013 8,1 Mds € de dettes provenant de la CNAV et du FSV. Aucune reprise de dette n'est prévue d'ici 2018 pour la branche maladie du régime général dans le cadre de la loi organique du 13 novembre 2010.

A la fin de l'année 2013, le montant des dettes reprises par la CADES s'élèvera à 217 Mds € dont on peut estimer que la moitié provient de la branche maladie du régime général (109 Mds €).

Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES s'élève à 12,4 Mds €. Ce résultat porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 84,1 Md€, soit plus de 38 % de la dette cumulée reprise à fin 2013.

E. Les créances du régime général sur l'Etat

L'état semestriel établi au 31 décembre 2011 faisait état d'une créance de l'Etat de 98 M € sur les régimes obligatoires de base, qui recouvrait une créance de 184 M € sur le seul régime général et une dette à l'égard des autres régimes, notamment la MSA. Cette créance atteignait 84,5 M € pour la seule branche maladie du régime général.

Depuis 2007, plusieurs opérations d'apurement de dette, ainsi qu'un effort marqué en faveur de la non reconstitution annuelle de celle-ci ont eu pour effet d'assainir globalement la situation.
(source CCSS).

INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET ASSURANCE MALADIE

Premières réflexions du HCAAM sur le thème des inégalités sociales de santé.

Lors de sa séance du 24 mai 2012, le HCAAM a débattu du document d'études qui figure aux pages suivantes, relatif aux « inégalités sociales de santé », et à la place de l'assurance maladie dans la lutte contre ces inégalités.

Les échanges ont été l'occasion de rappeler l'existence incontestable des « inégalités sociales de santé », c'est-à-dire de la corrélation entre, d'une part, les inégalités sociales (mesurées par divers indicateurs, de revenu, de catégories socio-professionnelles, ou par divers indices de précarité, etc.) et, d'autre part, les inégalités d'état de santé (mesurées elles aussi par divers indicateurs tels que l'espérance de vie, le nombre de maladies déclarées, les causes de décès, etc.).

Certains chiffres sont ainsi sans appel. Par exemple, l'espérance de vie des cadres à 35 ans dépasse de plus de six ans l'espérance de vie des ouvriers au même âge. L'écart entre les deux catégories sociales s'accroît encore (huit ans) lorsque l'on considère l'espérance de vie « sans incapacité ». Et cet écart est parfaitement corroboré par les constats opérés sur le nombre moyen de maladies déclarées à chaque âge, etc.

Mais ces corrélations ne livrent pas, par elles-mêmes, d'explication sur leurs causes. Les liens entre situation sociale et état de santé peuvent emprunter de multiples chemins.

Il est clairement apparu, au cours des débats du HCAAM, que rechercher et comprendre ces liens entre situation sociale et état de santé concerne au premier chef l'avenir de l'assurance maladie, et cela à plusieurs titres :

- l'assurance maladie est, évidemment, immédiatement concernée par les différences sociales d'état de santé si elles doivent s'expliquer par des difficultés d'accès aux soins pour motif financier.
- elle l'est également si les inégalités sociales de santé s'expliquent par des difficultés d'accès aux soins autres que strictement financières – telles que par exemple l'indisponibilité de l'offre dans la zone d'habitation – ou par une insuffisante qualité dans le recours aux soins – comme le recours inadapté ou l'insuffisance des soins de prévention. Dans ces deux cas, la fonction régulatrice de l'offre de soins qu'exerce l'assurance maladie serait en cause.
- enfin, même lorsque les facteurs explicatifs sont hors de son champ – et tout permet de penser que les conditions de vie et divers éléments d'environnement jouent un rôle essentiel dans les inégalités sociales de santé – l'assurance maladie reste tout autant concernée, en raison de l'action compensatrice et correctrice qu'elle doit être, alors, en mesure de conduire. A cet égard, le HCAAM souligne qu'une distribution uniforme des moyens de l'assurance maladie peut amener à une compensation insuffisante des inégalités.

Les échanges au sein du HCAAM ont pris appui sur les données générales de la littérature, ainsi que sur des sources statistiques élaborées par la CNAMTS et par la DREES et traitées par le secrétariat général du HCAAM. Contrairement à certaines idées reçues, les chiffres examinés par le HCAAM ne font pas apparaître de différence flagrante entre les dépenses individuelles moyennes de santé des différentes catégories sociales. Et en tous cas, elles ne font pas apparaître une moindre dépense

de santé pour les catégories sociales moins favorisées. Ce sont même les ouvriers qui ont, dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, les dépenses individuelles moyennes les plus importantes.

Les membres du HCAAM ont ainsi pu prendre acte de ce que, en l'état des données disponibles, et au niveau d'agrégation très global de ces données, les dépenses d'assurance maladie semblent refléter, en tendance, les différences de besoins de soins selon les âges et les catégories sociales. Sous réserve que ces dépenses soient adéquates en quantité et en qualité, l'assurance maladie jouerait donc, dans l'ensemble, le rôle que l'on attend d'un système de remboursement face aux inégalités sociales de santé.

Tout en retenant que ce constat devra être confirmé et affiné, la discussion a ensuite porté sur les autres facteurs d'inégalités sociales de santé qui doivent, en conséquence, être soulignés :

- premièrement, le cadre global de vie, qu'il s'agisse des modes et de l'hygiène de vie, du niveau d'éducation, de la situation d'emploi, des conditions de travail, des nuisances d'environnement, etc. Sur ce point, les opinions exprimées au sein du HCAAM tendaient à considérer que l'action territoriale de santé publique doit impérativement se penser en lien avec les autres politiques publiques, et particulièrement les autres politiques sociales.

- deuxièmement, les conditions concrètes de l'accès aux soins sur le territoire, et la qualité de cet accès. Sur cet aspect des choses, plusieurs membres du HCAAM ont relevé que la qualité du parcours de soins, entendu au sens large de parcours de santé, sanitaire et social, pouvait être très fortement dépendante du milieu de vie et de l'environnement social.

Sur ces deux orientations, les échanges ont été l'occasion de réaffirmer l'unité de vues des membres du HCAAM pour considérer que les actions correctrices qui sont attendues de l'assurance maladie doivent reposer sur une prise en charge précoce et globale de l'état de santé de chacun, et donc sur des « parcours » animés par les professionnels soignants de proximité, incluant les démarches de prévention et d'éducation pour la santé, et soucieux d'un juste recours à l'hôpital. Le HCAAM souligne que, si les « parcours de soins » font partie des réponses aux inégalités de santé, il est indispensable que les assurés aient des incitations à ces parcours pertinents. En clair, il ne faudrait pas que des hospitalisations inadéquates persistent en raison de reste à charge pour les patients moins élevés qu'en ville.

Cette « médecine de parcours », que le HCAAM appelle de nouveau fermement de ses vœux, apparaît ainsi comme une des réponses pertinentes aux inégalités sociales de santé. Le HCAAM réitère le souhait qu'elle se concrétise sans délai dans un petit nombre de prototypes « pilotes » territoriaux.

Enfin, ces premiers échanges ont été l'occasion de constater, pour le déplorer, le manque flagrant de données cliniques et sociales sur ces questions. Faute d'échantillons suffisamment importants pour opérer des segmentations détaillées, faute de lien précis entre les dépenses de santé et les pathologies traitées, les vraies causes des inégalités sociales de santé nous restent encore largement inaccessibles.

DOCUMENT D'ETUDE
sur les « inégalités sociales de santé »

PLAN DU DOCUMENT DE TRAVAIL

Avertissement

I. Problématique générale

II. Inégalités économiques et inégalités de santé : les indicateurs

III. Le lien statistique entre inégalités sociales et inégalités de santé en France

IV. Les inégalités sociales de santé mesurées par l'accès aux soins.

V. Le lien à explorer entre inégalités territoriales de santé et inégalité sociales de santé.

VI. Comparaisons internationales sur les inégalités sociales de santé.

Eléments bibliographiques

Avertissement

Le phénomène des « inégalités sociales de santé », *c'est-à-dire du lien entre inégalités socio-économiques et inégalités d'état de santé*, soulève à la fois une grave question de santé publique et une lourde interpellation sur l'égalité de tous devant la maladie et l'âge de la mort

L'étude générale de ce sujet, qui déborde le cadre des missions du HCAAM, a déjà abouti à ce constat qu'il existe en France d'assez nettes inégalités sociales de santé, si nous nous comparons aux autres pays européens.

Moins documentée est la question de savoir dans quelle mesure ces inégalités de santé sont dues à des inégalités financières d'accès aux soins, et donc dans quelle mesure la prise en charge par l'assurance maladie répond, ou peut répondre, aux inégalités sociales de santé.

Cette question concerne beaucoup plus directement le HCAAM.

C'est la raison pour laquelle, lors des premiers travaux sur le « tableau de bord » du HCAAM en janvier 2011, il a été posé par principe qu'il faudrait disposer d'indicateurs qui permettent de mettre en évidence l'éventuel impact des inégalités socio-économiques sur l'accès aux soins.

L'absence de données récentes et aisément exploitables rendait néanmoins impossible toute réflexion concrète sur ce que pourraient être ces indicateurs.

Grâce à une collaboration très active avec la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales, l'occasion est donnée d'exploiter pour la première fois un fichier qui rapproche les données du SNIIRAM de celles de l'enquête « Handicap santé en milieu ordinaire » (HSM) de 2008.

Le concours de la DREES permet ainsi au secrétariat général du HCAAM de proposer une première réflexion d'ensemble sur ce sujet.

Il s'agit à ce stade d'un document de travail, destiné à servir de support à un premier échange au sein du HCAAM sur ce sujet sensible et complexe.

I. PROBLEMATIQUE GENERALE

I. 1/ Les « inégalités sociales de santé » : une réalité établie, mais des enchaînements complexes.

Le terme d' « inégalités sociales de santé » ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle que l'on pourrait retrouver dans les différents glossaires ou lexiques de santé publique.

Si l'on se réfère à la définition des inégalités de santé de la Banque de Données en Santé Publique (réseau documentaire d'informations en santé publique dont la gestion est assurée par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), on peut définir les inégalités sociales de santé comme des *différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre différents groupes sociaux*. Elles se traduisent par des différences de taux de mortalité et morbidité (qui peuvent être synthétisés dans les indicateurs d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacités).

On ne peut en effet pas parler d'inégalités sociales pour des différences naturelles observées entre les individus telles que l'âge, le sexe ou l'hérédité. « *En matière de santé, la nature fait des différences que la société a transformées en inégalités.*¹ »

On parle donc d' « inégalités sociales de santé » lorsqu'on constate de nettes différences d'état de santé entre différents groupes sociaux, définis par des paramètres socio-économiques. *Il y a « inégalités sociales de santé » lorsqu'il y a corrélation statistique entre des « inégalités sociales », d'une part, et des « inégalités de santé », d'autre part.*

Et on parle de « gradient social » des inégalités de santé lorsque les inégalités de santé se trouvent socialement ordonnées au sein de la population dans le même sens que la « hiérarchie » implicite entre ces groupes sociaux. Etant entendu que cette hiérarchisation n'est pas toujours évidente lorsque les groupes sont définis autrement que par le revenu ou le niveau de vie. Par exemple, si l'on retient la catégorisation par « catégories socio-professionnelles » (CSP), la grande hétérogénéité observée au sein des catégories telles que « agriculteurs », « artisans » ou « commerçants » rend difficile toute hiérarchisation de ces différentes catégories entre elles.

Sous cette définition, l'existence « d'inégalités sociales de santé » est un fait d'observation parfaitement établi. Pour le résumer d'un seul chiffre : en France, en 2008, il y avait pour les hommes un écart de plus de six ans entre l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre (47,2 ans) et celle d'un ouvrier (40,9 ans).

Mais le constat d'une corrélation ne dit rien de l'existence, ou non, des possibles enchaînements de causalité et de leurs mécanismes.

On peut en effet trouver deux types d'explications, à la fois opposées et complémentaires, à ces corrélations entre inégalités socio-économiques et inégalités de santé :

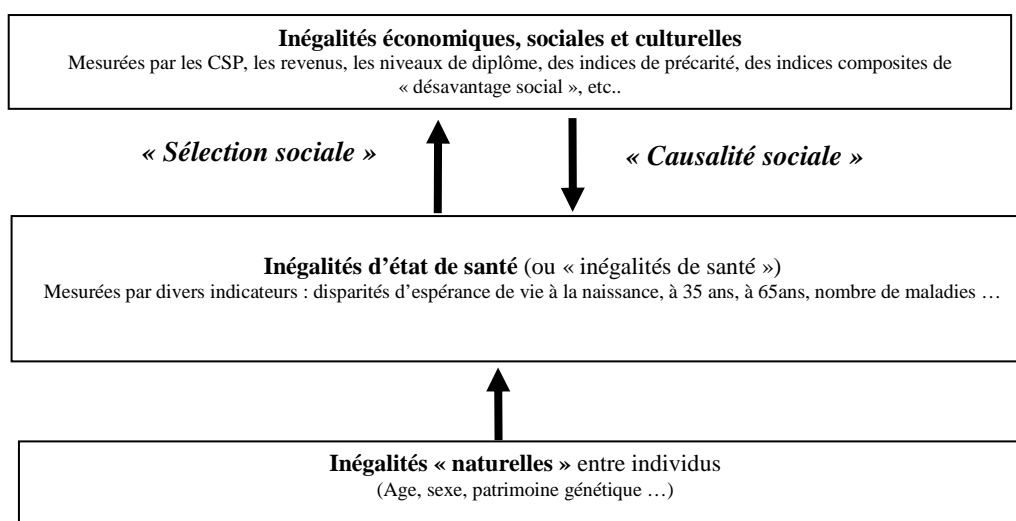
¹ C'est ainsi qu'on a pu écrire « La santé : une loterie naturelle couplée à un fort déterminisme social. » Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Basset B. (sous la direction de). INPES, coll. Varia, 2008

D'une part, l'explication par la « sélection sociale » : les personnes en bonne santé auraient plus de chance d'occuper une position élevée dans la société. L'inégalité de santé est, en quelque sorte, une « cause » de l'inégalité sociale.

D'autre part, à l'inverse, ce qu'on peut appeler la « causalité sociale » : une position élevée dans la société favoriserait une bonne santé. L'inégalité sociale est alors la « cause » de l'inégalité de santé.

Il n'est pas douteux qu'en pratique, les deux effets s'additionnent (avec un possible effet de « potentialisation » de l'un par l'autre), et s'additionnent aussi aux inégalités « naturelles » devant la santé.

C'est ce que représente le schéma ci-dessous, qui se veut évidemment une présentation extrêmement simplifiée : notamment, il ne retrace pas les interactions qui existent sûrement entre ces différents phénomènes (une certaine prédisposition personnelle à la bonne ou à la mauvaise santé pouvant, par exemple, s'exprimer plus ou moins fortement en fonction de la situation sociale de celui qui la supporte, etc.).



C'est le second phénomène de « causalité sociale » qui est très généralement considéré comme prédominant pour expliquer les corrélations observées entre position sociale et état de santé.

Ce facteur prédominant n'empêche pas que des phénomènes de « sélection sociale » puissent également être observés, lorsqu'un mauvais état de santé initial ou acquis conduit à une position sociale défavorisée, voire à l'inactivité ou au chômage².

*

Les déterminants de la « causalité sociale » sont communément attribués à des facteurs extrêmement divers tels que le revenu, les conditions de vie dans l'enfance et à l'âge adulte, l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'exposition à des facteurs de risque y compris environnementaux,...

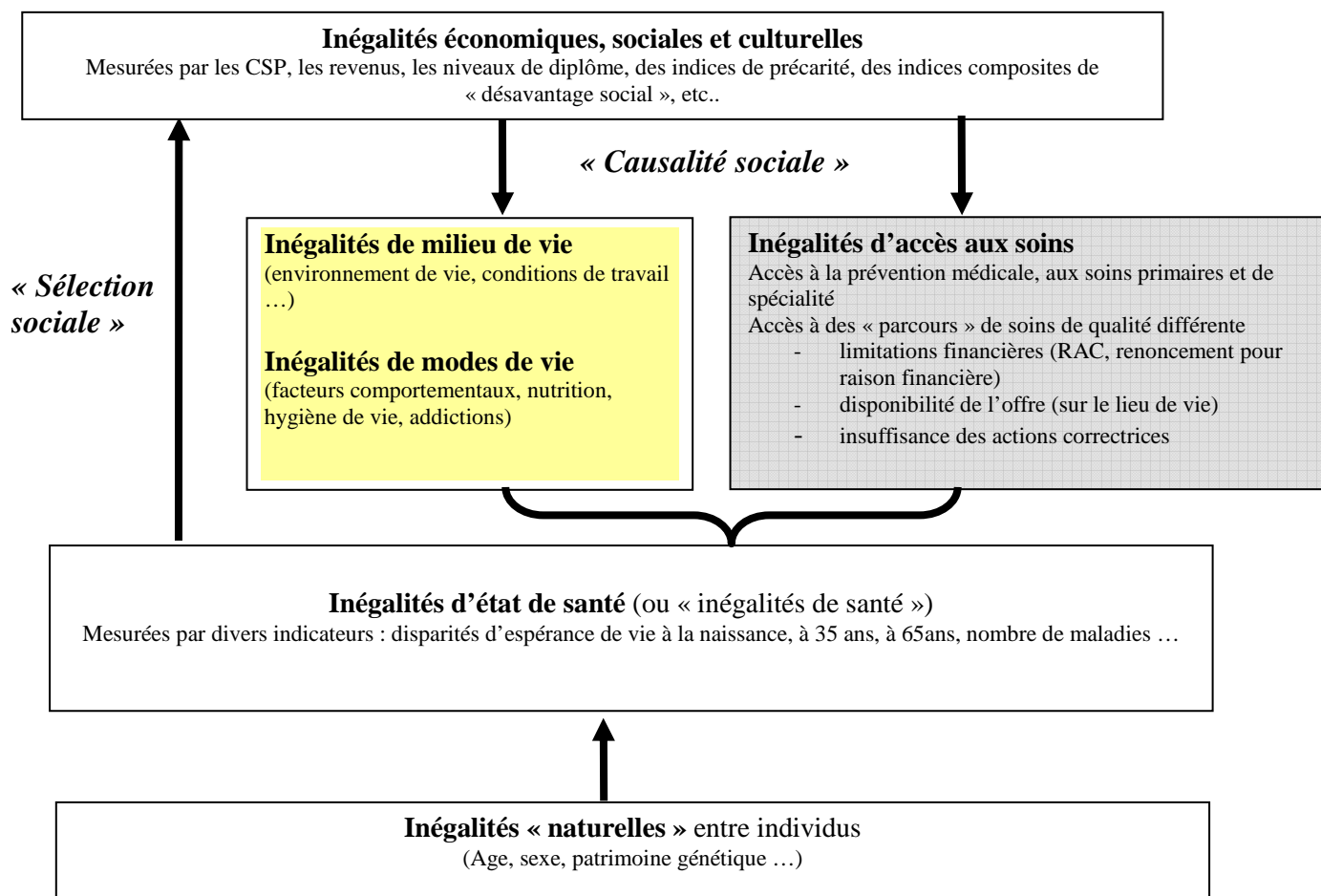
² Deux études de la DREES de 2006 sur les « conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic » (Etudes et résultats N°486 et N°487) fait par exemple apparaître que ces patients ont une qualité de vie physique ou mentale très inférieure à celle de la population générale, et que cet état peut rejaillir sur leur activité professionnelle. Ainsi, deux ans après le diagnostic, le taux d'emploi des personnes âgées de moins de 58 ans atteintes d'une forme de cancer a diminué de 10 points. Ces études sont corroborées par une enquête publiée dans le premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, créé dans le cadre du Plan cancer 2009-2013.

Ils peuvent également être liés à des comportements individuels à risque lorsqu'ils sont fortement différenciés selon les groupes sociaux : consommation de tabac, d'alcool et autres addictions, mauvaise alimentation, sédentarité.

La recherche³ a également identifié des facteurs collectifs pouvant expliquer les inégalités de santé : le soutien social apporté par le réseau de relations dont dispose l'individu ; le capital social, c'est-à-dire le degré d'équipement et de cohésion de l'environnement social dans lequel évolue l'individu ; la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de pairs. Si ces facteurs ne sont pas fortement différenciés socialement, il n'est pas sûr qu'il faille les inclure dans les déterminants sociaux de la santé.

Parmi ces différents facteurs, il est utile d'opérer une distinction entre ceux qui mettent en cause directement le système de soins et l'accès à ce système (*enchaînement en grisé dans le schéma ci-dessous*), et ceux qui lui sont largement extérieurs, parce qu'ils mettent en jeu l'environnement de vie (domestique et au travail) et les différentes habitudes de vie, l'activité physique, l'alimentation, etc., (*enchaînement en jaune dans le même schéma*).

³ Grignon M, Couffinhal A, Dourgnon P, Jusot F, Naudin F., Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé, Paris, IRDES, 2004



L'avis général est que les inégalités de santé ont très largement « *leurs racines en amont du système de soins* »⁴. Autrement dit, que le lien entre « inégalités économiques et sociales » et « inégalités de santé » s'effectue assez largement par les mécanismes représentés par le cheminement en « jaune » dans le schéma.

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par Sir Michael Marmot, réunie en 2008 (cf. infra) concluait ainsi que les principales causes aux inégalités sociales de santé se trouvent assez largement en dehors du système de soins.

Et dans son rapport 2010 l'OMS note qu'« *il existe de nombreuses façons de promouvoir et de soutenir la santé. Certaines d'entre elles se trouvent hors des limites du secteur de la santé. Les «circonstances dans lesquelles on grandit, on vit, on travaille et on vieillit» influencent fortement la façon dont on vit et on meurt. L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont tous un impact sur la santé. La réduction des inégalités à ces égards diminuera les inégalités en matière de santé.* »

⁴ Les inégalités sociales de santé, Didier FASSIN, Hélène GRANJEAN, Monique KAMINSKI, Thierry LANG, Annette LECLERC, La découverte, 2000

De même, le rapport IGAS de mai 2011 « Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action » notait que « *la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.* »⁵.

Mais les différences de situation socio-économique peuvent également influencer sur l'état de santé par l'impact qu'elles vont avoir en matière **d'accès aux soins** ou de comportement vis-à-vis des soins (c'est-à-dire la partie grisée du schéma ci-dessus).

Il peut s'agir d'inégalités d'accès « primaire » aux soins : difficulté à faire ouvrir des droits, renoncement ou non recours aux soins, méconnaissance ou refus du besoin. Les barrières économiques viennent évidemment le plus naturellement à l'esprit, mais il peut y avoir aussi des barrières administratives, culturelles, etc.

Il peut aussi s'agir de l'accès « secondaire » aux soins, c'est-à-dire de la manière dont se déroulent les soins après un premier contact.

A cet égard, on peut penser que l'assurance maladie a aussi pour mission de compenser les inégalités d'accès primaires et secondaires aux soins.

On parle ainsi d'inégalités « par omission » si le système de santé « méconnaît » l'importance des inégalités sociales et « *n'a aucun projet de rattrapage* ». On parle d'inégalités par construction lorsque l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans les programmes institutionnels ou la pratique médicale « *aboutit à des modalités de prise en charge qui ne réduisent pas les inégalités, voire contribuent à les accentuer* »⁶.

⁵ Une étude parue dans le British medical Journal le 10 mai 2010 « Budget crisis, health, and social welfare programmes » de D. Stuckler et coll, citée dans ce rapport de l'IGAS, aboutit ainsi à la conclusion qu'une hausse de 100 dollars par individu des budgets sociaux à l'exclusion des dépenses de santé est corrélée à une baisse significative de 0,99% de la mortalité toutes causes (-2,80% pour les décès liés à l'alcool ; -1,23% pour les décès liés aux maladies cardiovasculaires ; -4,34% pour les décès liés à la tuberculose). En revanche, une hausse de 100 dollars des dépenses de santé par individu ne modifie pas significativement ces taux de mortalité

⁶ Lombraïl, Pascal et Lang. Santé, société, solidarité 2004 ; 2 : 61-71

I. 2/ La réduction des « inégalités sociales de santé » est, par conséquent, un enjeu des politiques publiques mais aussi un enjeu pour l'assurance maladie et le système de soins financé par l'assurance maladie.

Les inégalités de santé « causées » par les inégalités sociales posent à l'évidence une question de justice, en ce qu'elles ajoutent aux inégalités « naturelles » inéluctables des différences d'état de santé qui paraissent évitables, puisqu'elles sont le résultat d'une certaine organisation sociale.

Le Haut conseil de la santé publique estimait ainsi, dans son rapport de 2009 consacré aux inégalités sociales de santé, que « *Les inégalités sociales de santé sont systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables. On jugera injustes les inégalités qui résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes*⁷. »

*

La réduction des inégalités sociales de santé est, très logiquement, un objectif présent dans les politiques conduites par les instances internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que par de nombreux Etats.

La Charte d'Ottawa, adoptée en 1986 à l'issue de la première conférence internationale pour la promotion de la santé de l'OMS, a prévu que les participants à la Conférence s'engagent à « *combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés* ».

Signe de l'intérêt croissant de l'OMS sur le sujet, une commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, présidée par Sir Michael Marmot, a été réunie en 2008 et a rendu un rapport intitulé « *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* ». Cette commission a insisté fortement sur les inégalités économiques et sociales comme déterminant majeur des inégalités de santé, et estimé que l'effort devait porter principalement sur leur réduction.

*

Au sein de l'Union européenne, la compétence en matière de définition des objectifs et de conduite des politiques de santé et de fourniture des soins de santé incombe aux Etats membres. Néanmoins, tant au niveau du Conseil européen que de la Commission européenne, la question des objectifs et des stratégies de santé a fait l'objet de discussions entre Etats membres, et le sujet des inégalités sociales de santé a été abordé.

En 2006, le Conseil a adopté des conclusions sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne, parmi lesquels figuraient « *les valeurs fondamentales que sont l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité et la solidarité.* » Il estimait que « *les systèmes de santé de l'UE visent (...) à réduire les inégalités liées à la santé, un problème qui préoccupe les Etats membres de l'UE et auquel sont étroitement liés les travaux menés au sein des systèmes de santé nationaux* »⁸.

⁷ Haut Conseil de la santé publique, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, décembre 2009.

⁸ Conclusions 2006/C 146/01 au J.O. de l'Union européenne du 22.6.2006

Sous l'égide de la Commission européenne, des travaux sur les stratégies de santé ont été conduits, aboutissant à l'adoption en 2007 d'un Livre blanc intitulé « *Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008-2013* »⁹ dans lequel la réduction des inégalités en matière de santé figure parmi les objectifs premiers.

A la suite du Livre blanc, la Commission a présenté en 2009 aux instances européennes une communication intitulée « *Solidarité en matière de santé : réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne* »¹⁰. Partant du constat que « *partout dans l'UE, les personnes qui ont un niveau d'éducation, un poste ou un revenu peu élevé ont tendance à mourir plus jeunes et à présenter une prévalence accrue de la plupart des types de problèmes de santé - c'est ce qu'on appelle le gradient social de la santé* », la Commission s'engage à « *soutenir et à compléter les initiatives prises par les États membres et d'autres acteurs pour lutter contre ces inégalités.* ». La réduction des inégalités de santé passe d'abord par « *une action orientée vers les facteurs qui ont, sur la santé de la population, un effet inégal pouvant être corrigés au moyen de politiques publiques.* » Constatant que « *plus de la moitié des États membres ne font pas de la réduction des inégalités de santé une priorité politique et que les stratégies intersectorielles globales font défaut* », la Commission n'est toutefois amenée qu'à préconiser de mieux prendre en compte cet objectif et d'intensifier les échanges entre États membres pour diffuser les bonnes pratiques en la matière.

*

* *

En France, la réduction des inégalités de santé figure parmi les objectifs de la loi de santé publique du 13 août 2004, au travers de l'objectif n°34 : « *Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart d'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans* ».

Le programme de qualité et d'efficience « maladie » fixe un objectif d'assurer un égal accès aux soins (décliné en plusieurs sous-objectifs), mais ne retient les écarts d'espérance de vie par profession et catégorie socio-professionnelle que comme un indicateur de cadrage, non sous-tendu par un objectif précis.

Dans le cadre de la démarche d'élaboration des projets régionaux de santé, de nombreuses régions ont inclus des volets concernant la réduction des inégalités sociales de santé (Nord-Pas de Calais, Alsace, Ile de France¹¹ ...).

*

⁹ Bruxelles, 23 octobre 2007, COM(2007) 630 final

¹⁰ Communication au Parlement, au conseil, au comité économique et sociale et au comité des régions européens, Bruxelles, 20 octobre 2009, COM(2009) 567 final.

¹¹ Le plan stratégique régional de l'Ile-de-France comporte ainsi une dizaine de pages d'analyse du lien entre inégalités socio-économiques et inégalités de santé, qui débouchent sur le constat que « L'Ile-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises ». Il existe un écart de quatre années d'espérance de vie à la naissance entre le 7^{ème} et le 18^{ème} arrondissement de Paris.

Au total :

- Le HCAAM n'a pas vocation à étudier la manière dont les inégalités socio-économiques peuvent se traduire en inégalités de santé via le mode de vie ou le milieu de vie (*enchaînement représenté en jaune dans le schéma précédent*). Cet enchaînement de causalité, qui est tout à fait fondamental dans une approche de santé publique globale, suppose une compétence beaucoup plus large qui peut être celle du Haut conseil de la santé publique, de la Conférence nationale de santé, voire du Conseil économique, social et environnemental.
- En revanche, le HCAAM est fondé à étudier la manière dont les inégalités socio-économiques peuvent induire des inégalités d'accès aux soins (et donc entraîner, de cette façon, des inégalités de santé : *partie représentée en grisé sur le schéma*), dès lors qu'il appartient précisément à l'assurance maladie de garantir un égal accès aux soins pour tous.
- Enfin, même lorsque ce sont (*selon l'enchaînement « en jaune »*) des inégalités de modes de vie ou d'environnement de vie qui expliquent des inégalités de santé, le HCAAM est fondé à soulever la question de savoir si l'assurance maladie contribue alors de manière adéquate à l'indispensable effort de « correction » ou de « compensation » qu'il faut mettre en place.
- Sur tous les points qui sont de sa compétence, le HCAAM doit par ailleurs se demander comment il peut en assurer le suivi dans le temps, à l'aide d'indicateurs susceptibles de figurer dans son « tableau de bord ».

II. Inégalités socio-économiques et inégalités de santé : les indicateurs.

Il existe potentiellement de nombreux indicateurs de mesure des inégalités sociales de santé, que l'on trouve couramment :

- dans les études, afin de mettre en évidence des problématiques sanitaires et sociales et d'effectuer des comparaisons internationales,
- dans les rapports d'agences, les programmes de qualité et d'efficience ou les lois de santé publiques, afin de piloter les politiques sanitaire et sociale nationales ou internationales.

Puisqu'il s'agit de mettre en évidence le lien entre « inégalités de santé » et « inégalités sociales », ils doivent toujours permettre de croiser, d'une part une variable sociale (revenu, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'étude,...).et d'autre part une consommation de soins ou un état de santé (recueilli de manière objective ou subjective).

II. 1/ Les indicateurs d'inégalités sociales (ou « socio-économiques »)

a/ Les variables « standard »

Trois types de variables sont couramment utilisés pour rendre compte de la position sociale des personnes : le revenu, le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle, telle qu'elle est définie par l'INSEE.

Le revenu

Le HCAAM a déjà eu l'occasion d'examiner le lien entre des données de revenu et des données de dépenses de santé ou de reste à charge.

La principale limitation de cet indicateur tient à ce que les données de santé et de consommation de soins couramment accessibles sont des données individuelles. Or la notion de revenu n'a de sens au niveau d'un individu que si l'on est en mesure de tenir compte de la composition du « ménage » dans lequel il vit (par exemple en calculant son « niveau de vie »).

Par ailleurs, cette variable est souvent mal ou non renseignée, et son recueil s'avère délicat en pratique (notamment pour les personnes à revenus irréguliers).

Le niveau de diplôme

C'est un « marqueur » de situation sociale qui a l'avantage de ne pas ou peu varier durant la vie – à la différence de la catégorie socio-professionnelle.

En revanche, il doit être utilisé avec prudence dans les comparaisons inter-temporelles, car il existe une élévation du niveau moyen d'études au cours du temps. Ainsi les générations âgées sont assez massivement regroupées sur une seule modalité, à savoir le niveau de scolarité obligatoire.

Les catégories socio-professionnelles

La nomenclature des professions et des catégories professionnelles (PCS¹²) de l'INSEE est sans doute l'indicateur le plus standard. Très ancienne, elle a été rénovée en 2003. Elle classe la population selon une synthèse de la profession (ou de l'ancienne profession), de la position hiérarchique et du statut.

Cependant, l'utilisation de cette variable présente aussi des limites :

- En raison des tailles d'échantillons, les agrégats retenus conduisent souvent au regroupement de différentes sous-catégories : par exemple, le groupe socioprofessionnel « ouvriers » regroupe les ouvriers non qualifiés, les ouvriers qualifiés et les ouvriers agricoles,
- il est peu adapté à la description des « sans professions », et notamment les générations de femmes les plus âgées, qui souvent n'ont pas exercé d'activité professionnelle,
- l'évolution quantitative dans le temps de certaines CSP (diminution du nombre d'ouvriers non qualifiés, augmentation du nombre de professions intermédiaires ou de cadres,...) peut, comme pour le diplôme mais pour d'autres raisons, rendre malaisées les comparaisons inter-temporelles.
- enfin, et même si cela n'est en général pas souligné, la catégorie socio professionnelle d'une femme pourrait être un marqueur social moins précis que pour les hommes, car une femme a statistiquement plus de chances d'avoir un conjoint appartenant à une catégorie sociale supérieure à elle. Or,

¹² Le sigle « CSP » sera employé dans la suite de la présente note car il est resté plus usité que celui de PCS introduit en 2003.

les différents membres d'un même ménage tendent en général à adopter le comportement du membre relevant de la CSP la plus favorisée¹³.

Malgré ces limites, il est généralement admis que la catégorie socioprofessionnelle est la variable la plus pertinente pour analyser les inégalités sociales de santé. Elle possède d'ailleurs l'avantage de refléter aussi les différences dans les conditions de travail.

b/ Les marqueurs indirects ou approchés.

L'absence d'information sur la CSP, le revenu ou le niveau d'études dans les fichiers administratifs (bases de données de l'assurance maladie ou de l'ATIH) est évidemment le principal obstacle à un suivi courant d'indicateurs « d'inégalités sociales de santé ».

Seules des enquêtes, comme l'enquête Handicap Santé appariée avec les données du SNIIRAM, que le secrétariat général du HCAAM a pu exploiter, permettent d'établir le lien entre données sur la santé ou les soins, et la variable CSP.

Néanmoins, il peut être recouru à des indicateurs indirects de « position sociale » tel que l'affiliation à la CMU-C. Les bénéficiaires de la CMU-C sont en effet identifiés dans les bases SNIIRAM, EGB et PMSI, ce qui permet à la DREES, l'IRDES et la CNAMTS de réaliser des études centrées sur ce public.

Ces études apportent des renseignements utiles sur un groupe de bénéficiaires dont la caractéristique est d'avoir un revenu bien inférieur au seuil de pauvreté. Ils appartiennent donc plus fréquemment à des CSP moins favorisées. Comme le note la DREES, analysant les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de la CMU-C : « *Du fait même des principes qui ont conduit à sa conception, la CMU-C concerne les personnes dont la situation est plus précaire que celle de la majorité de la population : dans l'échantillon, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C vivant dans un ménage d'ouvriers non qualifiés est de 30 % contre 9 % dans le reste de la population. Pour les ménages d'employés de commerce, cette proportion est de 16 % versus 4 %. Quant au taux de chômage déclaré, il est de plus de 60 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C contre 8,5 % parmi les autres actifs.* »¹⁴.

Complémentaires, donc, des analyses sur les inégalités de santé selon les catégories sociales, ces analyses ne peuvent évidemment pas s'y substituer :

En premier lieu, elles ne permettent qu'une division binaire de la société (bénéficiaires/ non bénéficiaires), possiblement biaisé par le possible non-recours au bénéfice de la CMU-C de la part de personnes qui y auraient droit.

¹³ Le cas le plus fréquent est pour une femme d'avoir un conjoint appartenant à la même CSP que soi, sauf pour les employées car moins d'hommes sont employés (à l'inverse moins de femmes sont ouvrières). Quand les ouvrières et les employées n'épousent pas un ouvrier ou un employé, elles ont souvent un conjoint ayant une profession intermédiaire (21 % des femmes employées ou ouvrières ont un conjoint de cette CSP). Un tiers des femmes ayant une profession intermédiaire vivent avec un cadre.

¹⁴ DREES, « *Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population, Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008* », Etudes et résultats N° 793, mars 2012.

Ce découpage correspond de surcroît à une définition autonome de la pauvreté économique. Le plafond de revenu pour bénéficier de la CMU-C pour une personne seule est inférieur au seuil de pauvreté (648 € par mois contre 954 €), ce qui restreint sensiblement la population observée : l'observation de l'accès aux soins de bénéficiaires de la CMU-C ne peut donc pas décrire l'accès aux soins d'un ensemble plus large de personnes peu favorisées qui inclurait aussi des personnes n'ayant pas droit au bénéfice de la CMU-C.

En deuxième lieu, on ne doit pas oublier que ces analyses reposent sur un « marqueur social » qui touche précisément à une politique d'accès aux soins. En conséquence de quoi, le lien observé entre le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C et l'état de santé correspond à la somme de deux effets :

- celui de la position sociale défavorisée,
- et celui du dispositif de correction de cette position.

D'ailleurs, les études conduites sur la population bénéficiant de la CMU-C ont permis de mettre en lumière l'effet correcteur que cette prestation jouait en matière de :

- consommation de soins : des études de la CNAMTS¹⁵ et de la DREES¹⁶ ont fait apparaître que les bénéficiaires de la CMU-C ont une consommation de soins supérieure à celle des autres assurés, tant en soins de ville qu'en soins hospitaliers, explicable par un état de santé moins bon.
- renoncement aux soins : une étude publiée par l'IRDES déjà citée dans le rapport annuel du HCAAM pour 2011 a conclu que le taux de renoncement aux soins des bénéficiaires des bénéficiaires de la CMU-C s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif serait de 39,6%, contre les 22% constatés en 2008¹⁷

c/ Les autres marqueurs d'inégalités sociales

A partir des données de l'enquête sur la santé et la protection sociale de 2008, l'IRDES a exploré les propriétés du score « Epices ».

Le score « Epices », score individuel de mesure de la précarité ou de fragilité sociale, a été élaboré en 1998 par un groupe de travail composé de membres des Centres d'examen de santé (CES), du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Cetaf) et de l'Ecole de santé publique de Nancy.

C'est un indicateur aux dimensions multiples, prenant à la fois en compte les déterminants matériels de la précarité mais aussi les déterminants psycho-sociaux.

Il repose sur onze questions, la combinaison des réponses et des coefficients associés à chaque question permettant de déterminer pour chaque individu un score qui varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale).

¹⁵ La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire : un bilan de la troisième année du dispositif, Point de conjoncture n°34, Direction des Statistiques et des Etudes, CNAMTS.

¹⁶ L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, DREES, Etudes et résultats n°229, mars 2003.

¹⁷ Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique Caroline Després (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos), Romain Fantin (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes), IRDES, Questions d'économie de la santé n°170, novembre 2011.

Les onze questions sont les suivantes :

- Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) ?
- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?
- Vivez-vous en couple ?
- Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?
- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
- Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?
- Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ?
- En cas de difficultés (financière, familiale, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- En cas de difficultés (financière, familiale, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?

Afin de tester la reproductibilité et la pertinence du score « Epices », l'IRDES, en collaboration avec le Cetaf, a comparé les données relatives au score « Epices » dans l'enquête ESPS 2008 à celles recueillies auprès des CES pour l'année 2007 (à partir des 700 000 personnes âgées de 18 à 59 ans ayant bénéficié d'un examen périodique de santé dans les CES enquêtés).

Les résultats de cette étude montrent que le score « Epices » est étroitement corrélé au niveau d'études dans les deux enquêtes (augmentation de la proportion de personnes non diplômées ou ayant le certificat d'études primaires selon le genre en fonction du score Epices).

De même, le score « Epices » est associé à la précarité de l'emploi (augmentation de la proportion de personnes en CDD ou travaillant à temps partiel en fonction du score « Epices »). Le score « Epices » est également fortement associé aux dispositifs administratifs de lutte contre la pauvreté (augmentation de la proportion de bénéficiaires du RMI ou de la CMU-C en fonction du score Epices).

De manière générale, il est observé une très forte cohérence du niveau et de l'évolution du score « Epices » selon les modalités de l'ensemble des variables socio-économiques communes aux deux enquêtes (ESPS et enquête auprès des CES). Ceci contribue à confirmer la reproductibilité du score « Epices » dans une enquête en population générale et sa possible utilisation comme marqueur d'inégalités sociales.

II. 2/ Les indicateurs d'inégalité d'état de santé ou de consommation de soins

On peut schématiquement les classer en plusieurs catégories :

a/ Les indicateurs d'inégalités face à l'âge du décès.

C'est l'INSEE qui élabore ces indicateurs à partir de son échantillon démographique permanent. La dernière publication date d'octobre 2011 et porte sur la période 2000-2008.

Ces indicateurs sont à la fois les plus suivis et particulièrement importants car, comme le note l'INSEE, ils illustrent les inégalités sociales face à l'âge du décès.

L'espérance de vie à 35 ou 60 ans

L'indicateur le plus utilisé par la statistique publique (INSEE, DREES, INED) est l'espérance de vie à 35 ans selon la catégorie sociale. L'espérance de vie à 60 ans est également utilisée.

L'espérance de vie à un certain âge (35 ans ou 60 ans) est une façon de synthétiser, à la date à laquelle on la calcule, la valeur des « taux de mortalité » aux différents âges (égaux ou supérieurs, respectivement, à 35 ou 60 ans).

Elle correspond au nombre *moyen* d'années qui resterait à vivre pour une « cohorte » de personnes de 35 (ou 60) ans dont les « taux de mortalité », aux âges qu'ils ont devant eux, seraient égaux aux « taux de mortalité » que l'on observe aux différents âges, à la date où l'on fait ce calcul.

Par construction, la mortalité avant 35 (ou 60) ans n'entre pas en ligne de compte. En revanche, un écart de taux de mortalité aura d'autant plus d'impact sur l'écart d'espérance de vie qu'il apparaît à un âge plus précoce (car il prive alors d'un nombre plus important d'années à vivre).

Dans ses rapports sur l'état de santé de la population en France, incluant le suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, la DREES publie l'espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans par catégorie sociale, ainsi que « l'espérance de vie partielle entre 50 et 65 ans », c'est-à-dire une espérance de vie calculée selon le même principe sur l'intervalle d'âge 50-65 ans, pour les hommes et les femmes, par catégorie sociale.

Le « Programme de qualité et d'efficacité Maladie » (PQE Maladie), joint à la loi de financement de la sécurité sociale, retient l'indicateur d'espérance de vie à 35 ans car il « *permet de mettre en évidence, d'une manière globale, les inégalités importantes de risques de décès existant entre catégories sociales en France* ».

L'indice standardisé de mortalité (ISM)

Cet indice est le rapport, pour un groupe donné, entre le nombre de décès observés sur une certaine période et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de la même période si ce groupe avait été soumis aux conditions de mortalité de l'ensemble de la population de même sexe.

Par exemple, pour les hommes ouvriers entre 35 et 80 ans, cet indice vaut 1,21 pour la période 2000-2008. Cela signifie pour 121 décès observés chez les hommes ouvriers entre 35 et 80 ans, il n'y aurait eu que 100 décès si les hommes ouvriers avaient le même niveau de mortalité que l'ensemble de la population masculine.

A la différence de l'espérance de vie, cet indicateur n'est pas sensible au caractère plus ou moins précoce de la probabilité de décéder sur l'intervalle d'âge considéré.

b/ Les indicateurs d'inégalité devant l'incapacité ou la maladie

L'espérance de vie sans incapacité est le nombre d'années sans incapacité qu'il resterait à vivre en moyenne aux individus d'un groupe dans les conditions de mortalité d'une période donnée.

On met en évidence différentes formes d'incapacité :

- **incapacité de type I** : personne déclarant au moins une limitation fonctionnelle résiduelle physique et sensorielle (difficulté à voir de près ou de loin, à entendre, à marcher, à se pencher ou à utiliser ses mains et ses doigts)
- **incapacité de type II** : personne s'étant déclarées limitées depuis plus de 6 mois dans les activités du quotidien.
- **incapacité de type III** : personne ayant déclaré des difficultés pour réaliser les activités élémentaires de soins personnels (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir) c'est la dépendance.

On peut également mesurer différents indicateurs déclaratifs d'état de santé, tels que par exemple :

Les « limitation fonctionnelles » :

« Avoir beaucoup de difficultés » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser les actions suivantes (sans aide technique, sauf mention expresse du contraire) :

- Fonction physique : marcher 500 mètres sur un terrain plat, monter ou descendre un étage d'escaliers, se baisser ou s'agenouiller, porter un sac à provisions de 5 kg sur 10 mètres, lever le bras pour attraper un objet en hauteur, prendre un objet dans chaque main, utiliser ses doigts pour manipuler un robinet, des ciseaux... ;
- Fonction cognitive : apprendre de nouveaux savoirs, résoudre des problèmes de la vie quotidienne, se concentrer plus de 10 minutes, comprendre ou se faire comprendre des autres, savoir à quel moment de la journée on est, se mettre en danger par son comportement ;
- Fonction sensorielle : voir clairement les caractères d'imprimerie d'un journal (avec éventuelle correction), voir le visage de quelqu'un à 4 mètres, de l'autre côté de la rue (avec éventuelle correction), entendre dans une conversation avec plusieurs personnes (avec éventuel appareillage).

Les « difficultés pour les soins personnels » :

C'est-à-dire avoir « quelques difficultés à », « beaucoup de difficultés à » ou « ne pas pouvoir du tout » réaliser seul une des activités de soins personnels suivantes : se coucher et se lever du lit, se laver (bain ou douche), s'habiller et se déshabiller, couper sa nourriture et se servir à boire, manger et boire une fois la nourriture prête, s'asseoir et se lever d'un siège, se servir des toilettes.

L' « état de santé perçu » ou le « nombre de maladies déclarées »

Il s'agit d'informations qualitatives très précieuses, mais qui comportent par nature une grande part de subjectivité.

Ces données sont notamment recueillies dans l'enquête décennale Handicap Santé¹⁸. Le volet « ménages » (HSM) de l'enquête menée par l'INSEE et la DREES en 2008 fournit ainsi des données intéressantes pour comprendre l'origine des inégalités sociales de santé.

¹⁸ Cette enquête est actuellement la plus importante dans le domaine de la santé, elle porte en effet sur 29 931 individus (contre 22 273 pour l'enquête biannuelle Santé et Protection Sociale de l'IRDES).

c/ Les indicateurs d'inégalités devant les facteurs de risque

Il ne s'agit pas à proprement parler d'inégalités de santé, mais d'inégalités devant des « causes » possibles (ou pratiquement certaines) de mauvaise santé.

Ces indicateurs, tels que la sédentarité, le surpoids, l'exposition au plomb, le tabagisme, l'alcoolisme, etc. mettent donc sur la voie des mécanismes possibles de transmissions des inégalités sociales vers les inégalités de santé.

d/ les indicateurs d'inégalité dans le recours aux soins.

Ils peuvent être extrêmement divers et n'appellent pas de présentation particulière : montant de dépenses, nombre et type de consultations, déclarations de renoncement, etc.

II. 3/ L'indice relatif d'inégalité

L'Indice Relatif d'Inégalité (IRI) est un indice très usuel dans la mesure des inégalités sociales de santé, qui appelle une présentation particulière. Il permet de rendre compte, par un chiffre unique, de l'écart de santé (*mesuré par un des indicateurs mentionnés au II.2*) associé à un certain écart social (*mesuré par un des indicateurs mentionnés au II.1*)

C'est en somme un indice qui opère directement le croisement des « indices d'inégalités sociales » et des « indices d'inégalité d'état de santé », pour décrire directement une « inégalité sociale de santé ».

On peut dire qu'il donne « l'intervalle maximal d'inégalité » observé sur un certain indicateur de santé (mortalité, facteurs de risque,...) en fonction d'un certain indicateur social (CSP, niveau d'études, revenu,...).

Par exemple, l'IRI selon le *niveau d'études* pour la *mortalité par cancer* est, très schématiquement, égal au rapport entre le *risque estimé de décéder d'un cancer* de la personne *la plus diplômée* de la population en question sur le risque de décéder d'un cancer de la personne *la moins diplômée*.

Autrement dit, un IRI qui serait par exemple de « 2 » pour la « mortalité par cancer selon le niveau d'études » signifie que le risque de mortalité par cancer est multiplié par 2 lorsque – toutes choses égales par ailleurs - on parcourt, du bas vers le haut, toute l'échelle des niveaux d'études. Par raccourci de langage, on pourrait dire, toujours dans cet exemple, que le risque de décès par cancer est 2 fois plus élevé pour la personne la moins diplômée par rapport à la personne la plus diplômée.

Le calcul exact de cet indice est une chose assez complexe, car il ne s'agit pas – comme l'exemple simplifié ci-dessus pourrait conduire à le croire - de faire le rapport arithmétique entre le risque observé en moyenne sur la catégorie sociale « la moins exposée » par rapport au même risque observé sur la catégorie sociale « la plus exposée ». L'IRI est en effet obtenu par une forme d'extrapolation statistique, qui donne – avec un certain intervalle de confiance – le rapport des risques entre deux individus fictifs qui se situeraient, l'un par rapport à l'autre, aux antipodes de l'échelle sociale (que l'on peut mesurer par le revenu, la CSP ou tout autre indice).

Les différents IRI que l'on peut calculer (en choisissant chaque fois un indicateur social et un indicateur de santé) présentent, outre leur caractère synthétique, l'intérêt majeur d'être basés sur des écarts relatifs au sein d'une population. Cela permet de conduire plus aisément des comparaisons internationales, puisqu'on s'affranchit en partie de différences de niveau absolu (pour une même CSP, un même niveau de diplôme) entre les différents pays.

Cependant, du fait de leur complexité, ces indicateurs sont d'un maniement délicat. Par exemple, l'agrégation de deux sous périodes en une seule période de temps ne peut pas se faire en faisant la moyenne des IRI de chaque sous période notamment parce que chaque indice repose sur une classification des individus différente.

III. Le lien statistique entre inégalités sociales et inégalités de santé en France

L'existence d'un phénomène « d'inégalités sociales de santé » est très clairement établie, en France, à l'aide des indicateurs traditionnels de mortalité (espérance de vie, indice de mortalité) et de morbidité.

III.1/ Des inégalités sociales face à l'âge du décès qui apparaissent dans les différentes mesures de l'espérance de vie.

a) Pour les hommes, une nette différence d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers, qui s'est légèrement accrue sur la période récente :

Fondée sur les données de mortalité par âge observées de 2000 à 2008, l'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre est de 47,2 ans, c'est-à-dire qu'à 35 ans, un cadre peut « espérer » vivre 47,2 années supplémentaires¹⁹.

Un ouvrier de 35 ans a une espérance de vie de 40,9 ans, c'est-à-dire plus faible de 6,3 ans.

En un quart de siècle, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Celle des cadres a augmenté de 5,5 ans et celle des ouvriers de 5,2 ans. En 25 ans, l'écart entre les cadres et les ouvriers s'est plutôt accru.

Les explications traditionnellement avancées pour expliquer ce « gradient social » d'écart de mortalité entre les hommes sont celles qui étaient résumées sur la figure 2 (supra).

D'une part, la « sélection sociale » : un mauvais état de santé peut empêcher un bon déroulement de carrière et empêcher l'accès à des catégories supérieures.

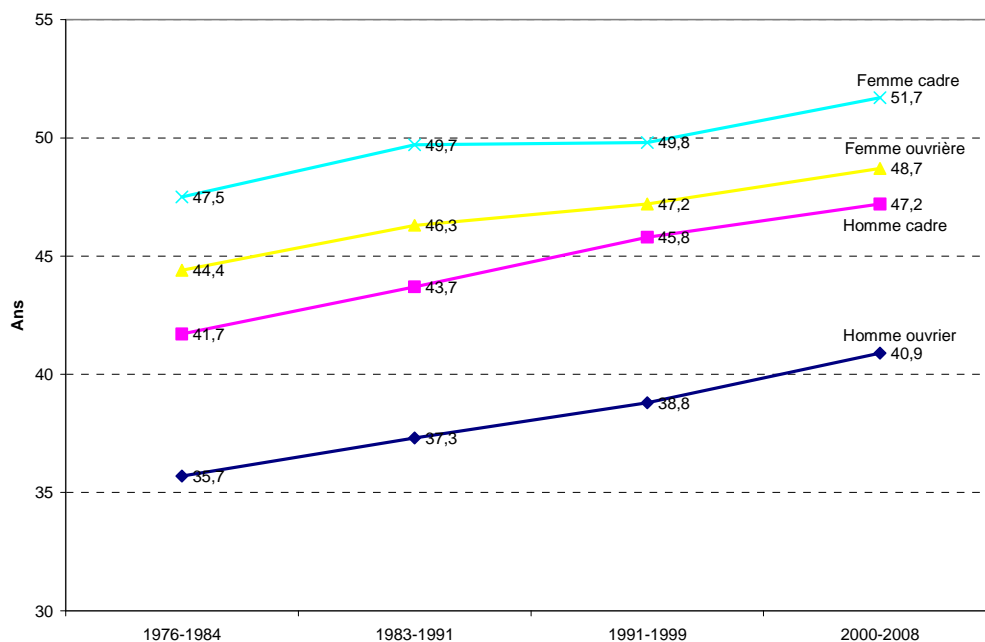
D'autre part, les différents mécanismes de « causalité sociale » : en raison de la nature des professions exercées, les cadres ont moins d'accidents, de maladies ou d'expositions professionnels que les ouvriers ; les comportements de santé à risque sont plus fréquents chez les ouvriers (tabac, alcool, régime alimentaire) ; le recours aux soins, et notamment aux dépistages sont moins fréquents chez les ouvriers. Il est possible qu'une forme de transmission familiale d'un mauvais état de santé joue aussi un rôle, par le biais de la transmission des modes de vie de parents à enfants²⁰.

¹⁹ « Espérance » au sens de « l'espérance de vie » c'est-à-dire sous l'hypothèse déjà décrite plus haut que les taux de mortalité qui s'appliqueront à lui à chaque âge resteront ceux que l'on observe, l'année en question, pour chacune des tranches d'âges plus âgées que lui.

²⁰ Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? Damien Bricard, Florence Jusot, Sandy Tubeuf, IRDES, Questions d'économie de la santé n°154, mai 2010.

Graphique 1

Evolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Champ : France métropolitaine

Données : INSEE – Echantillon démographique permanent

Tableau 1

Espérance de vie à 35 ans

	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Ecart cadres-ouvriers
Hommes									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	37,8	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	39,2	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	40,8	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8	6,3
Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984	5,5	4,6	4,3	5,2	5,1	5,2	2,7	5,0	
Femmes									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	45,0	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	46,4	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	48,0	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4	3,0
Ecart entre 2000-2008 et 1976-1984	4,2	4,8	3,9	4,3	4,3	4,3	2,7	4,4	

Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 35 ans est de 47,2 ans, soit 6,3 ans de plus que celle des hommes ouvriers

Champ : France métropolitaine

Sources : INSEE – Echantillon démographique permanent, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent – N. Blanpain – Octobre 2011, d'après données EDP de 1976 à 2008

b) Pour les femmes, une espérance de vie toujours plus élevée que celle des hommes, avec de plus faibles différences entre CSP, et une grande stabilité des écarts dans le temps :

L'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre est actuellement de 51,7 ans, 3 ans de plus qu'une ouvrière (48,7 ans).

En 25 ans, cet écart a peu varié.

Ainsi mesurées, les inégalités sociales de santé sont deux fois moins fortes pour les femmes que pour les hommes puisque l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de 6,3 ans pour les hommes et de 3,0 ans pour les femmes.

Le suivi médical lié à la maternité égalise peut-être la situation des femmes face au système de soins. Par ailleurs, selon l'INSEE, les écarts de conditions de travail sont moins importants pour les femmes que pour les hommes. A ces explications couramment admises, on peut ajouter l'hypothèse que la catégorie sociale d'une femme est un marqueur social moins précis que pour les hommes : comme on le disait plus haut, une femme a souvent un conjoint appartenant à une catégorie sociale supérieure à elle, ce qui la fait sans doute bénéficier des avantages de la CSP de son conjoint.

Le plus important contraste reste celui qu'on observe entre les femmes dans leur ensemble et les hommes dans leur ensemble :

Une ouvrière – qui se trouve dans la CSP féminine ayant la plus courte espérance de vie - a néanmoins une plus grande espérance de vie à 35 ans (48,7 ans) qu'un homme cadre, qui se trouve pourtant dans la CSP masculine à plus grande espérance de vie (47,2 ans).

Cet écart en faveur des ouvrières relativement aux hommes cadres est surprenant car elles ont des conditions de travail plus difficiles. Mais elles ont des comportements de santé plus favorables à la longévité que les hommes cadres (elles consomment moins d'alcool et les générations les plus anciennes fument moins que les hommes toutes catégories confondues). Du fait de la maternité, les femmes de toutes catégories sociales bénéficient d'un meilleur suivi médical que les hommes de toutes catégories. Enfin, les femmes disposeraient d'avantages biologiques expliquant leur plus forte longévité.

c) On peut faire les mêmes constats sur l'espérance de vie à 60 ans.

Elle apporte des renseignements qualitativement analogues. Les hommes cadres ont une espérance de vie à 60 ans de 24,0 ans, contre 19,6 ans pour les ouvriers, soit un écart de 4,4 ans en faveur des cadres.

Pour les femmes, les chiffres sont de 27,8 ans et 25,5 ans. L'écart est là aussi nettement plus faible pour les femmes (2,3 ans).

Tableau 2**Espérance de vie à 60 ans**

	Homme		Femme	
	1976-1984	2000-2008	1976-1984	2000-2008
Cadres	19,2	24,0	24,1	27,8
Professions intermédiaires	18,3	22,3	23,1	27,4
Agriculteurs	18,3	22,3	22,2	26,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	18,6	22,2	22,7	27,1
Employés	17,0	21,0	22,6	26,4
Ouvriers	15,9	19,6	21,6	25,5
Inactifs non retraités	12,3	16,0	21,8	25,2
Ensemble	17,1	21,1	22,2	26,1
Rapport cadres/ouvriers	1,21	1,22	1,12	1,09
Ecart cadres-ouvriers	3,3	4,4	2,5	2,3

Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 60 ans est de 24 ans.

Note : ces indicateurs appartiennent à la liste des indicateurs d'inégalité préconisés par le groupe de travail "Niveaux de vie et inégalités sociales" du CNIS.

Champ : France métropolitaine/

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

d) Enfin, une différence importante apparaît entre hommes et femmes dans la façon dont se forme l'inégalité sociale d'espérance de vie « au cours de la vie » :

Pour les hommes, sur l'écart d'espérance de vie à 35 ans de 6,3 ans entre les cadres et les ouvriers, près de 2 ans sont attribuables à la surmortalité des ouvriers relativement aux cadres entre 35 et 60 ans (30 % de l'écart). A nouveau près de 2 ans le sont à leur mortalité plus élevée entre 60 et 75 ans (30 % de l'écart) et le reste, soit environ 2,5 ans (40 % de l'écart) aux écarts de mortalité après 75 ans.

Au total, la majeure partie (60 %) de l'écart d'espérance de vie entre les hommes-cadres et les ouvriers provient des âges situés entre 35 et 75 ans.

Pour les femmes, la situation est différente. D'une part parce que, on l'a vu, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvrières est deux fois plus faible que pour les hommes ; d'autre part, parce que les écarts d'espérance de vie ne proviennent pas tout à fait des écarts de mortalité aux mêmes âges.

Un quart de l'écart d'espérance de vie à 35 ans (0,7 an) provient des différences de mortalité à l'âge actif (35-60 ans). Un cinquième (0,6 an) provient des âges compris entre 60 et 75 ans. Enfin, un tiers est perdu par les ouvrières entre 75 ans et 90 ans (1,7 an) et même un quart après 90 ans.

Au total, la plus grande partie de l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvrières provient des écarts de mortalité aux âges postérieurs à 75 ans (1,7 an soit 55 % de l'écart).

Tableau 3

Origine par âge des écarts d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers (ères)

	Hommes		Femmes	
	En année	En %	En année	En %
35-60 ans	1,9	29	0,7	25
60-75 ans	1,9	31	0,6	21
75 ans et plus	2,5	40	1,7	54
Total	6,3	100	3,0	100

Dont postérieur à 90 ans 0,8 13 0,7 22

Champ : France métropolitaine/

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Calculs SG HCAAM

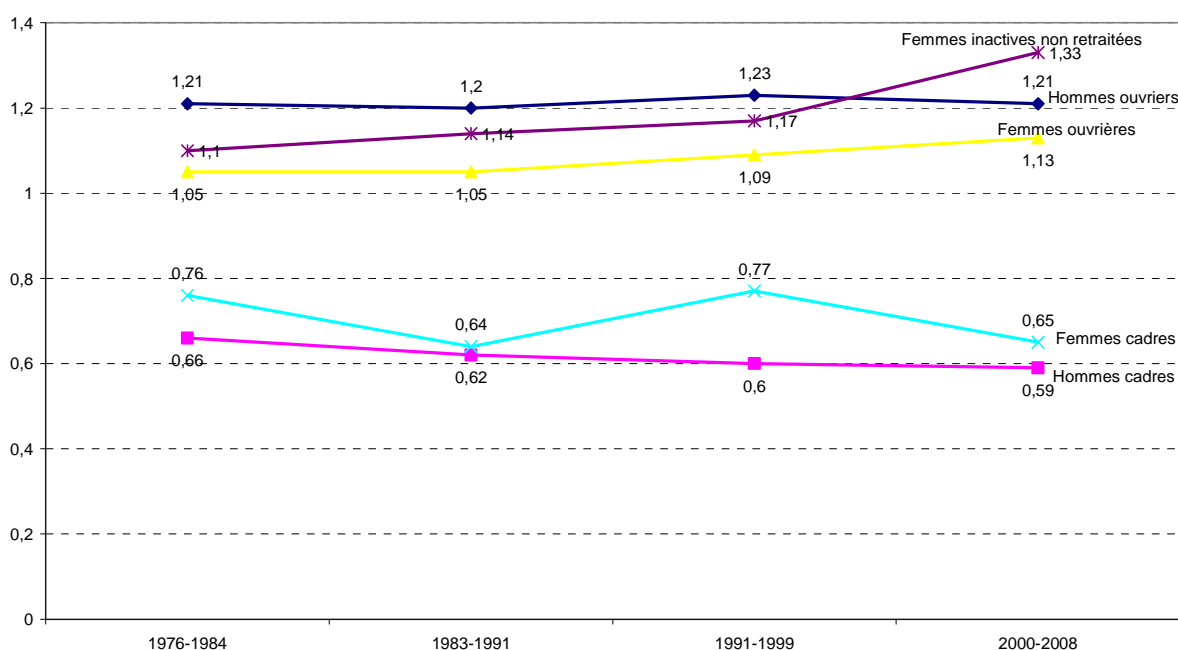
III. 2/ On retrouve les mêmes inégalités sociales de santé lorsqu'on mesure l'indice standardisé de mortalité

L'Indice standardisé de mortalité est, on l'a dit, une autre façon d'illustrer les inégalités devant la mort.

On a déjà dit plus haut que pour les hommes ouvriers entre 35 et 80 ans, cet indice vaut 1,21 pour la période 2000-2008. La probabilité de mourir avant 80 ans (très exactement : entre 35 et 80 ans) est ainsi 21 % plus élevée pour les hommes ouvriers que pour l'ensemble des hommes, à structure par âge identique. Depuis le milieu des années soixante-dix, cette surmortalité des hommes ouvriers a peu varié.

Graphique 2

Evolution de l'indice standardisé de mortalité entre 35 et 80 ans par sexe et catégorie sociale



Lecture : en 2000-2008, 121 décès d'ouvriers sont observés entre 35 et 80 ans contre 100 décès s'ils avaient le même niveau de mortalité que l'ensemble de la population masculine. Le rapport 121/100 constitue l'indice standardisé de mortalité.

Champ : France métropolitaine

Données : INSEE – Echantillon démographique permanent

Source : INSEE – L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent – N. Blanpain – Octobre 2011, d'après données EDP de 1976 à 2008

A l'inverse les hommes cadres ont un risque plus faible de décéder avant 80 ans que les autres hommes, toujours à structure par âge identique (- 40 %). Cet avantage des cadres a eu tendance à augmenter un peu depuis le milieu des années soixante-dix.

Au total, un ouvrier a un risque de décéder avant 80 ans plus de deux fois plus élevé qu'un cadre, toutes choses égales par ailleurs pour l'âge (2,05). Il était inférieur à deux dans le milieu des années 1970 (1,83).

Les ouvrières ont un risque de décéder avant 80 ans supérieur de 13 % par rapport à l'ensemble des femmes, écart à peine plus élevé que dans les années soixante-dix, et supérieur d'environ 50 % à celui des femmes cadres, là encore sans changement notable depuis le milieu des années soixante-dix. Symétriquement, les femmes cadres ont un risque plus faible de décéder avant 80 ans que l'ensemble des femmes (environ -30 %, en « lissant » l'écart entre les courbes du schéma ci-dessus).

Ces constats rejoignent donc ceux qui sont faits à partir de l'espérance de vie :

- davantage d'inégalités sociales de durée de la vie entre les hommes qu'entre les femmes ;
- une stabilité globale des écarts entre CSP au cours du temps ;
- avec néanmoins une légère augmentation de ces inégalités au cours du temps pour les hommes seulement.

III. 3/ Ces inégalités sociales devant la mortalité peuvent être rapprochées des inégalités dans les causes de décès.

Une étude publiée dans le BEH du 2 septembre 2008 « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle » de G. Menvielle et al., permet d'aller plus loin sur les causes de l'écart de mortalité entre les catégories les plus favorisées et celles qui le sont le moins.

Les catégories sociales sont retracées dans cette étude par le niveau de diplôme atteint : sans diplôme ou diplôme égal ou supérieur au Bac. Les données sont issues de l'Échantillon démographique permanent de l'Insee, complété par les causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm.

La mortalité supérieure des hommes et des femmes appartenant aux catégories les moins favorisées y est expliquée en grande partie (environ 60 %) par les maladies cardiovasculaires et les cancers.

a) On doit noter la part importante des cancers dans les inégalités face à la mort, tant pour les hommes que pour les femmes

Pour les hommes, on note de fortes inégalités sociales de mortalité par cancer avec un indice relatif d'inégalité (IRI) de 1,9 pour la mortalité tous cancers. Autrement - et très schématiquement – dit, le risque de décéder par cancer est 1,9 fois plus élevé chez les hommes les moins diplômés comparés aux hommes les plus diplômés.

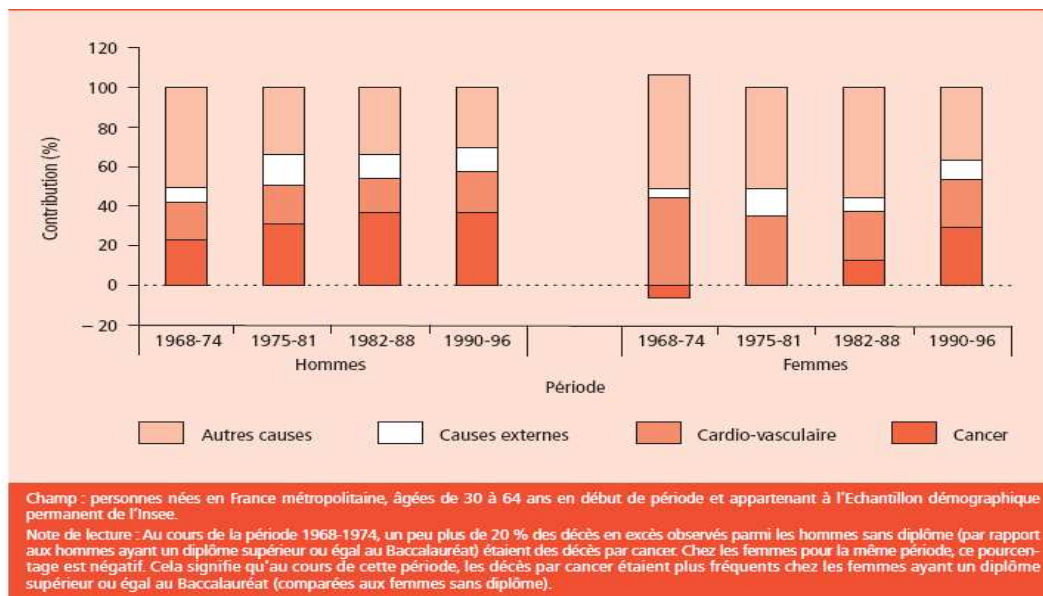
Pour les femmes, on trouve une fois encore des inégalités sociales moins marquées. L'IRI pour la mortalité tous cancers vaut 1,2.

La situation des femmes est toutefois frappante pour ce qui concerne la croissance de la part des cancers dans les causes de l'inégalité sociale de santé : les femmes de plus faible niveau de diplôme décédaient *moins* de cancer que les femmes les plus diplômées dans les années 1966-1974, alors que ce n'est plus le cas sur les années les plus récentes (en tous cas : pour les années les plus récentes utilisées par cette étude à savoir 1990-1996).

A la fin des années 1990, le cancer expliquait ainsi environ le tiers du surcroît de décès des femmes les moins diplômées.

Graphique 3

Contribution (%) des différentes causes de décès à la mortalité en excès parmi les personnes sans diplôme comparées à celles ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat en fonction de la période (Hommes et femmes)



Source : InVS – BEH du 2 septembre 2008 – Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle – Gwenn Menvielle et al. – Inserm U687, Villejuif, France ; IFR69, Villejuif, France

b) Cette étude montre en outre que certaines localisations cancéreuses sont à l'origine des inégalités sociales de mortalité par cancer.

Pour les hommes, les inégalités sociales sont particulièrement marquées pour les décès par cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS : cavité buccale, larynx, pharynx) et de l'œsophage.²¹

Chez les femmes, aucune relation claire entre le niveau d'étude et la mortalité n'est notée pour la majorité des localisations. Des inégalités sociales de mortalité sont néanmoins observées pour le cancer de l'utérus, de l'estomac et du poumon mais elles sont relativement peu marquées. La situation est particulière pour le cancer du sein : les résultats mettent en évidence des taux de mortalité par cancer du sein plus élevés parmi les femmes les plus diplômées avec un IRI inférieur à 1.

Tableau 4

Indices relatifs d'inégalité selon le niveau d'études pour la mortalité par cancer en fonction des localisations de cancer sur la période 1975-1990 (Hommes et Femmes), France

	valeur de l'IRI [entre crochets : intervalle de confiance à 95%]	
	Hommes	Femmes
Tous cancers	1,9 [1,7-2,2]	1,2 [1,0-1,5]
Sein	-	0,7 [0,5-1,0]
Ovaires	-	0,9 [0,5-1,7]
Utérus	-	2,9 [1,6-5,1]
Poumon	2,2 [1,8-2,8]	2,8 [1,3-6,4]
VADS	-	1,9 [0,7-5,7]
Cavité buccale	3,0 [1,7-5,5]	-
Pharynx	3,9 [2,2-6,9]	-
Larynx	4,7 [3,0-7,4]	-
Œsophage	3,4 [2,2-5,2]	-
Côlon	0,9 [0,6-1,6]	1,0 [0,5-1,8]
Rectum	2,9 [1,3-6,4]	1,0 [0,4-2,6]
Foie	1,6 [0,9-2,7]	2,6 [0,8-8,6]
Pancréas	1,0 [0,5-1,9]	1,6 [0,6-4,6]
Estomac	2,4 [1,3-4,3]	10,5 [3,4-32,3]
Vessie	1,2 [0,6-2,4]	-
Rein	0,6 [0,3-1,4]	2,8 [0,7-10,3]
Prostate	2,0 [1,1-3,6]	-
Tissus lymphatiques et hématopoïétiques	1,1 [0,6-1,8]	0,9 [0,5-1,8]
Encéphale	2,6 [1,3-5,3]	1,0 [0,4-2,4]

Note : les VADS (voies aéro-digestives supérieures) regroupent la cavité buccale, le larynx et le pharynx. Chez les femmes, les différentes localisations des VADS n'ont pas pu être étudiés séparément étant donnée le faible nombre de cancers. Les analyses n'ont pas pu être étudiées pour certaines localisations en raison d'un nombre trop limité de cancers (cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage et vessie chez les femmes)

Champ : personnes nées en France métropolitaine, âgée de 35 à 59 ans en 1975 et appartenant à l'échantillon démographique permanent de l'INSEE.

Source : InVS – BEH du 2 septembre 2008 – Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle – Gwenn Menvielle et al. – Inserm U687, Villejuif, France ; IFR69, Villejuif, France

²¹ Elles existent aussi mais de façon moins marquée pour les cancers du poumon, rectum, estomac, prostate, encéphale et dans une moindre mesure du foie. On n'observe pas de différence selon les catégories sociales pour le côlon, le pancréas, la vessie, le rein, les tissus lymphatiques et hématopoïétiques.

c) L'étude fournit aussi des informations sur l'évolution dans le temps de ce risque relatif de décéder par cancer, selon la catégorie sociale.

Pour les hommes, l'écart des risques de décéder d'un cancer selon son niveau de diplôme s'est très fortement accru durant la période 1975-1981 par rapport à la période 1968-1974 (l'IRI passe de 1,5 à 2,1).

L'augmentation des risques concernant les cancers des VADS, du poumon et de l'œsophage en est la cause principale.

Les inégalités se stabilisent ensuite, de 1982 à 1996, en dépit d'une poursuite de la hausse des inégalités de décès par cancer des VADS et de l'œsophage. On peut ainsi dire que les cancers des VADS ont une importance majeure dans les inégalités sociales de mortalité par cancer en France.

Cette répartition inégale peut être la conséquence de l'incidence inégale du cancer selon la catégorie sociale ou d'une survie inégale chez les personnes atteintes, les deux causes pouvant coexister.

L'inégalité de l'incidence des maladies responsables des inégalités face à l'âge du décès peut s'expliquer par l'inégale répartition des facteurs de risque. Les consommations de tabac et/ou d'alcool sont deux facteurs de risque majeurs des cancers des VADS et de l'œsophage et sont inégalement distribuées socialement²², de même que l'accès à la prévention. A cela s'ajoute – et plusieurs études l'ont démontré - l'influence de l'exposition professionnelle²³.

Tableau 5

Indices relatifs d'inégalité selon le niveau d'études pour la mortalité tous cancers et par localisation en fonction de la période chez les hommes, France, 1968-1996

	IRI [entre crochets : intervalle de confiance à 95%]			
	1968-1974	1975-1981	1982-1988	1990-1996
Tous cancers	1,52 [1,24-1,87]	2,12 [1,77-2,55]	2,20 [1,87-2,59]	2,31 [1,70-3,14]
Poumon	1,08 [0,68-1,70]	2,03 [1,39-2,98]	2,22 [1,60-3,08]	2,31 [1,70-3,14]
VADS	2,30 [1,37-3,85]	3,45 [2,24-5,32]	6,06 [4,07-9,03]	4,38 [2,93-6,54]
Œsophage	2,58 [1,26-5,29]	3,22 [1,65-6,27]	4,27 [2,26-8,07]	5,21 [2,68-10,12]
Côlon-rectum	1,06 [0,54-2,10]	2,46 [1,26-4,79]	1,50 [0,76-2,93]	1,63 [0,91-2,90]
Autres cancers	1,49 [1,11-1,99]	1,58 [1,19-2,09]	1,32 [1,03-1,69]	1,68 [1,32-2,13]

Champ : hommes nés en France métropolitaine, âgés de 30 à 64 ans en début de période et appartenant à l'échantillon démographique permanent de l'INSEE

Source : InVS – BEH du 2 septembre 2008 – Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle – Gwenn Menvielle et al. – Inserm U687, Villejuif, France ; IFR69, Villejuif, France

Les chiffres d'IRI sont donnés avec leur intervalle de confiance (IC) à 95%. On rappelle en effet que l'IRI est une extrapolation statistique qui donne, avec une certaine probabilité, le rapport extrême de risque entre deux individus « théoriques » situés aux deux extrémités du gradient social.

²² « Socio-economic status, social mobility and cancer occurrence during working life : a case-control study among French Electricity and Gas workers. », Marshall B. and al., Cancer Causes and Control, 10, p. 495-502

²³ « Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer », Gwenn Menvielle, Danièle Luce, Paquerette Goldberg and Annette Leclerc, International Journal of Epidemiology 2004;33:799–806

Pour les femmes, l'évolution des inégalités de décès par cancer est surtout étudiée pour les cancers du sein.

Ainsi, comme on l'a déjà indiqué plus haut, le risque de décéder d'un cancer du sein était supérieur pour une femme diplômée par rapport à une femme moins ou non diplômée lors des périodes 1968-1974 et 1975-1981. Ces différences sociales ont diminué lors de la période 1982-1988 pour disparaître lors de la période 1990-1996. Actuellement, il ne subsiste plus de différence de mortalité par cancer du sein en fonction du niveau d'étude.

Là encore, les inégalités face à l'*incidence* du cancer du sein peuvent se combiner à des inégalités de *survie* chez les personnes atteintes.

Dans son rapport « Social inequalities and cancer » de 1997, le Centre International de Recherche sur le Cancer fait une revue de la littérature internationale montrant que les femmes à haut niveau d'études ont à la fois les taux *d'incidence* de cancer du sein les plus élevés mais aussi la meilleure *survie*. A l'inverse, les femmes à faible niveau d'études sont favorisées pour l'incidence mais défavorisées pour la mortalité.

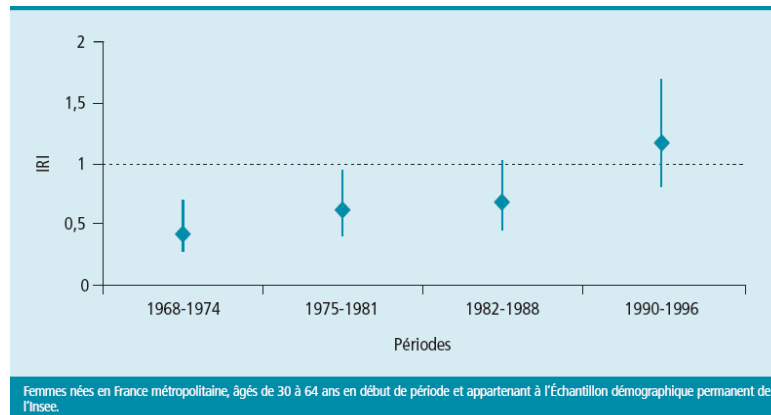
Cependant, la littérature française est assez pauvre à ce sujet. Ainsi, selon une étude menée dans une grande entreprise française²⁴, les femmes les moins qualifiées auraient un risque légèrement plus faible d'avoir un cancer du sein. Par contre, aucune étude ne semble avoir été conduite en France pour étudier le taux de survie selon la catégorie sociale.

Les taux d'incidence plus élevés chez les femmes à situation sociale favorisée pourraient s'expliquer par l'âge tardif de la première grossesse et le nombre moins élevé de grossesses qui sont des facteurs de risque connus. La mortalité plus importante chez les femmes à catégorie sociale défavorisée, si elle était avérée en France, pourrait s'expliquer par un moins bon recours aux soins et au dépistage, comme le semble le confirmer une étude parue dans le BEH en septembre 2008 (il en est de nouveau question plus loin dans la partie cherchant à évaluer le poids du système de santé dans les inégalités sociales de santé).

²⁴ « Socio-economic status, social mobility and cancer occurrence during working life : a case-control study among French Electricity and Gas workers. », Marshall B. and al., Cancer Causes and Control, 10, p. 495-502.

Graphique 4

Indice relatif d'inégalité (IRI) selon le niveau d'études pour la mortalité par cancer du sein en fonction de la période (Femmes)



Source : InVS – BEH du 2 septembre 2008 – Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle – Gwenn Menvielle et al. – Inserm U687, Villejuif, France ; IFR69, Villejuif, France

Si les inégalités sociales de santé liées à *l'incidence* des cancers renvoient pour l'essentiel, comme on vient de le dire, aux milieux de vie, aux conditions de travail et aux modes de vie, les possibles *inégalités sociales de survie*, une fois la maladie déclarée, questionnent bien davantage l'égalité de fonctionnement du système de soins en fonction des catégories sociales.

III. 4/ Les inégalités sociales de santé paraissent accrues lorsqu'on les mesure face à la maladie et aux incapacités.

Comme on l'a vu plus haut, les inégalités sociales de santé peuvent également être appréhendées en examinant les différences de prévalence des maladies ou des incapacités selon la situation socio-économique des personnes.

a/ Le double désavantage des CSP moins aisées : une moindre espérance de vie sans incapacité qui s'ajoute à une moindre espérance de vie tout court.

Les travaux de l'INED sur l'espérance de vie sans incapacité (chiffres 2003)²⁵ montrent que les catégories sociales les moins favorisées ont une espérance de vie moins longue avec une période avec incapacité plus longue.

À 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie d'environ 47 ans, soit 6 années de plus que les ouvriers²⁶. Ils vivront en moyenne 40 de ces 47 années (soit 85 % de leur espérance de vie) indemnes d'incapacité de type II (on rappelle qu'il s'agit de limitations durables dans les activités du quotidien, intermédiaires entre la simple déficience fonctionnelle ou sensorielle – type I – et la véritable dépendance – type III).

Les ouvriers vivent 32 ans sans ce type d'incapacité sur les 41 années de leur espérance de vie à 35 ans (soit 78 % de leur espérance de vie à 35 ans).

L'INED parle ainsi, s'agissant des hommes ouvriers, d'une « double peine » : plus faible espérance de vie à 35 ans (6 ans de moins) et plus faible espérance de vie sans incapacité (8 ans de moins). Pour le dire autrement : l'espérance de vie plus courte des ouvriers, déjà décrite dans les données de mortalité, ne leur épargne pas le risque de vivre des années d'incapacité.

Pour les femmes, l'écart d'espérance de vie entre cadres et ouvrières est moins important que pour les hommes (environ 2 années²⁷), mais la différence entre les espérances de vie sans incapacité de type II est, là aussi, plus élevée, puisqu'elle atteint environ 5 ans. A 35 ans, l'espérance de vie sans incapacité de type II atteint 41 ans pour les cadres supérieures tandis que celle des ouvrières ne s'élève qu'à 36 ans (soit respectivement 80 % et 73 % de l'espérance de vie totale à 35 ans).

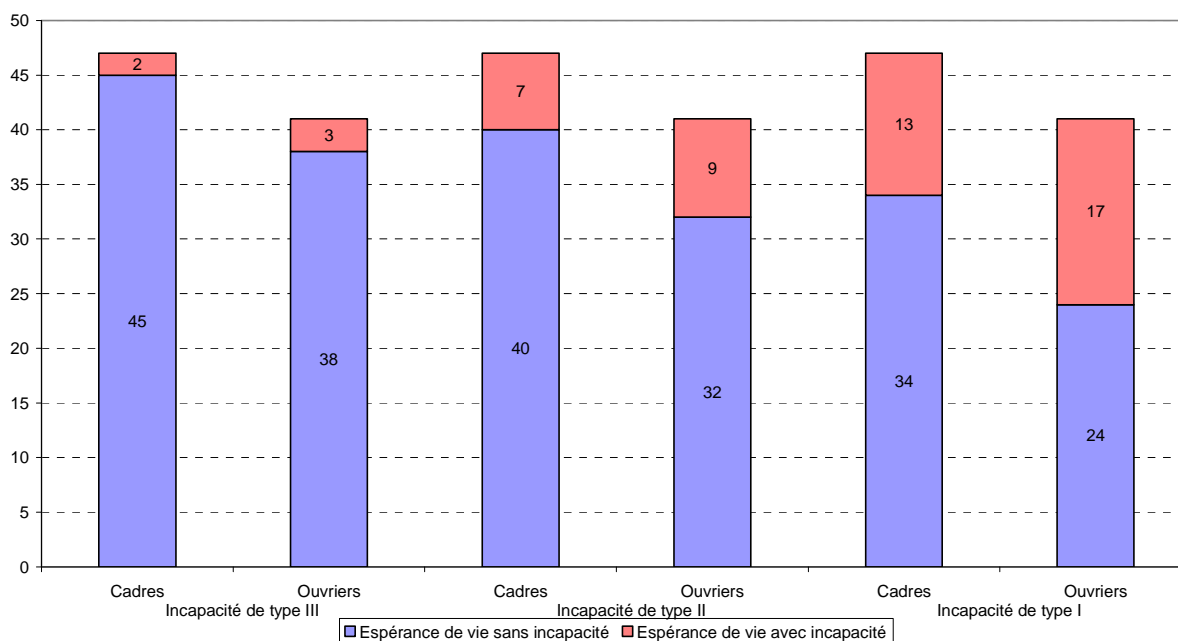
²⁵ Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays de l'Union Européenne que l'on retrouve dans le rapport du Système d'information européen sur les espérances de vie et la santé (EHLEIS) d'avril 2012 semblent montrer en France entre 2004 et 2009 une diminution du rapport en % de l'espérance de vie sans incapacité sur l'espérance de vie chez les femmes contre une stagnation chez les hommes.

²⁶ Ces données (et celles qui suivent, pour les femmes) sont légèrement différentes de celles présentées plus haut car il ne s'agit pas de la même période d'observation

²⁷ Voir note précédente.

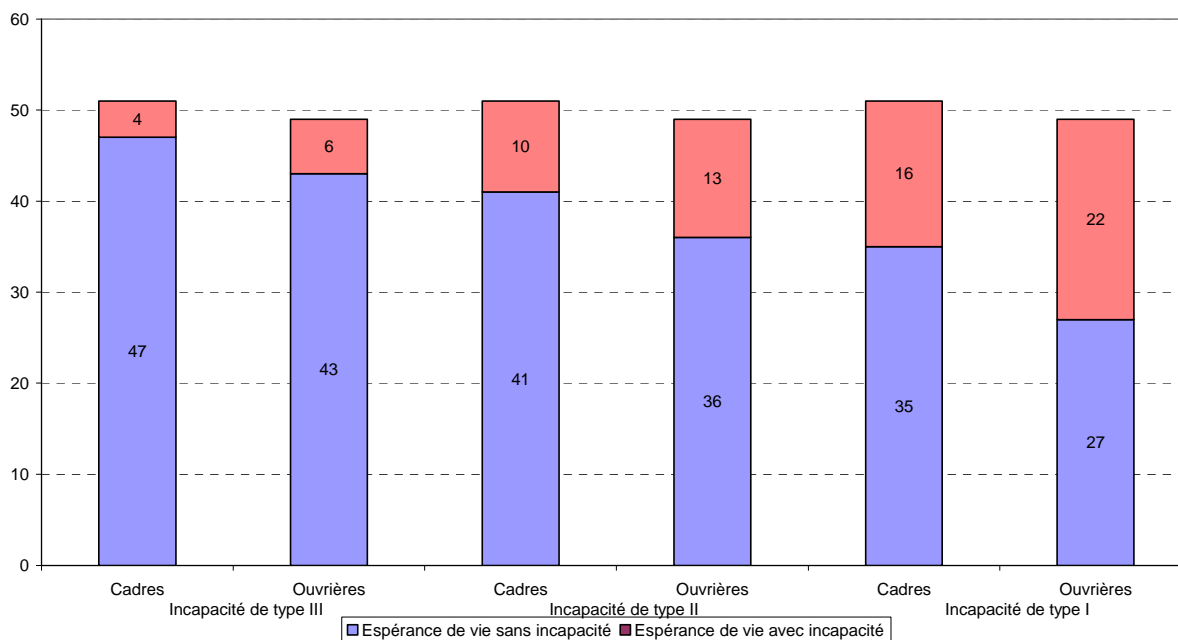
Graphique 5

Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les hommes selon la catégorie socio-professionnelle



Graphique 6

Espérance de vie à 35 ans avec et sans incapacité chez les femmes selon la catégorie socio-professionnelle



Champ : France métropolitaine

Données : calculs auteurs d'après les données de l'échantillon démographique permanent (décès survenus entre 1999 et 2003) et de l'enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux de 2002-2003

Source : INED – Population et Sociétés – La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte – E. Cambois et al. – Janvier 2008, d'après données EDP et enquête INSEE sur santé et soins médicaux de 2002-2003

Ces différences persistent aux âges élevés. À 60 ans, les ouvriers et les ouvrières ont toujours une espérance de vie inférieure à celle des cadres. Après 60 ans, les ouvriers et les ouvrières vivront en moyenne plus d'années avec que sans limitations fonctionnelles.

b/ Le même constat peut être fait sur les différences sociales dans les limitations fonctionnelles

S'agissant des limitations après 60 ans, les ouvriers (hommes et femmes) ont deux fois plus de risques de déclarer une limitation fonctionnelle que les cadres.

Entre 18 et 59 ans, ce risque est près de cinq fois plus important pour les ouvriers que pour les cadres.

On observe ainsi que les limitations fonctionnelles, non seulement atteignent davantage les ouvriers/ères que les cadres, mais aussi les atteignent plus tôt, puisque c'est durant la vie professionnelle que l'écart est le plus élevé, et qu'il se resserre un peu ensuite.

Tableau 6

Risques relatifs, calculés par référence à la CSP « cadres », de déclarer des limitations fonctionnelles et des difficultés pour les soins personnels par catégorie sociale chez les personnes de 18 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France

Catégorie sociale	18-59 ans		60 ans et plus		
	Au moins une limitation fonctionnelle		Au moins une limitation fonctionnelle		Avec difficultés pour les soins personnels
	Prévalence %	Risque relatif	Prévalence %	Risque relatif	Risque relatif
Cadre	4	1 (par hypothèse)	24	1 (par hypothèse)	1 (par hypothèse)
Profession intermédiaire	8	2,1	27	1,1	1,2
Artisan(e), commerçant(e)	9	2,1	39	1,5	1,9
Employé(e)	14	3,8	44	1,7	1,8
Agriculteur(trice)	15	3,5	50	1,9	2,2
Ouvrier(ère)	16	4,7	47	2,1	2,0
Autre	19	7,8	59	2,2	2,6

Lecture : après 60 ans, et à sexe et âge comparable, les ouvriers ont 2,1 fois plus de risques de déclarer au moins une limitation fonctionnelles que les cadres. Parmi les personnes de plus de 60 ans qui déclarent des limitations fonctionnelles, les ouvriers ont 2,0 fois plus de risques de déclarer des difficultés pour les soins personnels que les cadres.

Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge

En gras : significatif à 5%

Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France.

c/ Ce constat rejoint enfin les différentes mesures « déclaratives » des inégalités de santé : « état de santé perçu », « nombre de maladies déclarées ».

Sur la mesure de « l'état de santé » subjectivement ressenti, l'exploitation de l'enquête HSM 2008 fait apparaître un « gradient social de santé décroissant entre CSP, qui s'échelonne des cadres et professions intermédiaires aux employés, ouvriers et autres²⁸ », observé pour les hommes comme pour les femmes.

²⁸ InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France

Ce gradient social est évidemment tributaire des différences qui peuvent exister entre catégories socioprofessionnelles dans le rapport subjectif à la maladie ressentie : l'état de santé peut être perçu comme moins bon à la fois parce qu'il l'est objectivement, et parce qu'on est plus pessimiste sur son propre état de santé.

Par rapport à un cadre, un homme du même âge a près de deux fois plus de risque de se déclarer en mauvaise santé s'il a une profession intermédiaire ; son risque est plus de deux fois plus important s'il s'agit d'un employé et plus de trois fois plus important s'il est ouvrier. Pour les femmes, la hiérarchie des risques est similaire sauf pour les ouvrières qui ont plus de quatre fois plus de risque de se déclarer en mauvaise santé qu'une cadre du même âge.

Tableau 7

Prévalence et risques de déclarer sa santé altérée par catégorie sociale et par sexe chez les personnes de 18 ans et plus. Enquête Handicap-Santé 2008, France

Catégorie sociale	Hommes			Femmes		
	Répartition %	Santé altérée %	RR	Répartition %	Santé altérée %	RR
Cadre	17	17	1,0 [ref]	8	16	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	19	24	1,7	18	22	1,7
Artisan(e), commerçant(e)	8	31	1,9	4	46	2,6
Employé(e)	11	26	2,3	38	33	2,6
Agriculteur(trice)	4	45	2,7	3	55	2,8
Ouvrier(ère)	32	34	3,3	9	51	4,2
Autre	9	22	5,4	20	34	4,4

Lecture : parmi les agriculteurs ou anciens agriculteurs, qui représentent 4% de la population des 18 ans ou plus, 45% des hommes jugent leur santé altérée. Par rapport à un homme cadre de même âge, un agriculteur a 2,7 fois plus de risques de juger sa santé altérée.

Risques relatifs ajustés sur l'âge

En gras : significatif à 5%

Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France.

Par ailleurs, dans l'enquête « HSM » de 2008, les personnes enquêtées ont été interrogées sur le nombre de maladies qu'elles avaient.

Il s'agit d'un indicateur précieux de l'état de santé, même si c'est évidemment, là aussi, une donnée déclarée, qui a un caractère subjectif, et non un constat réalisé par un médecin.

Le secrétariat du HCAAM a voulu conduire une première analyse de ces données, rapprochées des catégories socio-professionnelles également recueillies dans l'enquête HSM, en recherchant la part explicative de la catégorie socio-professionnelle par rapport aux autres explications possibles des écarts de maladies déclarées. L'analyse qui suit ne porte que sur les hommes.

Il se dégage, à ce stade de l'étude, trois enseignements essentiels :

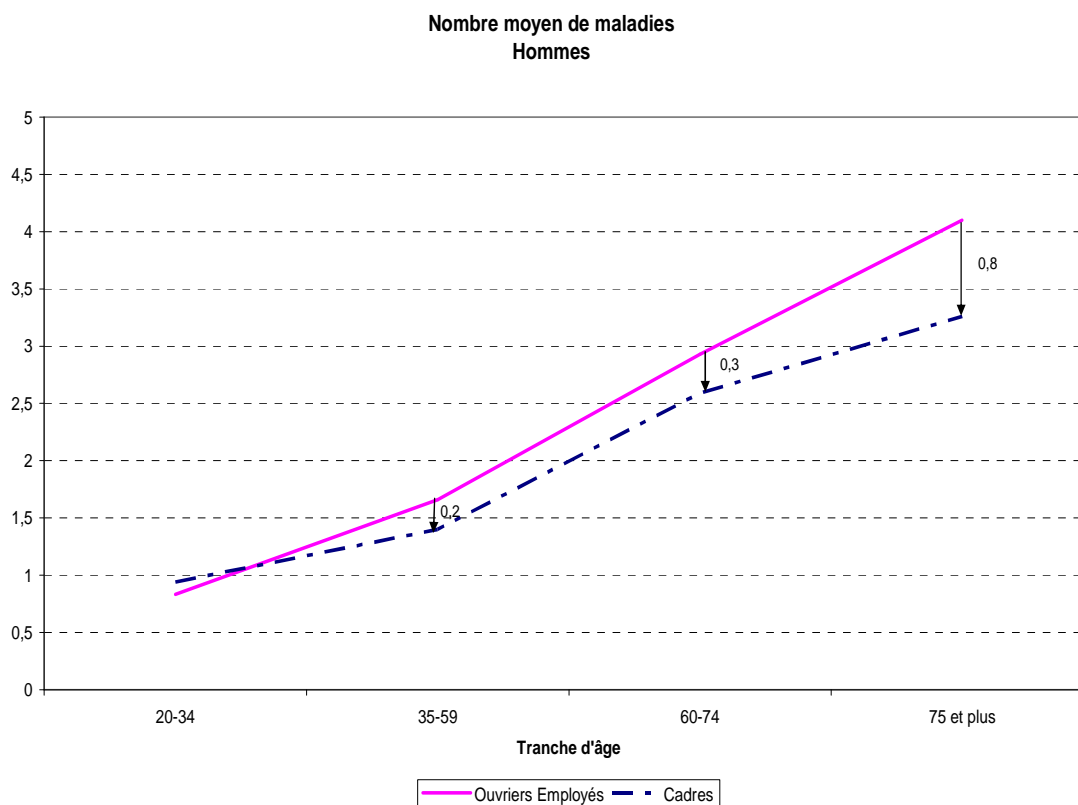
1) Le nombre de maladies déclaré augmente avec l'âge pour les hommes des deux catégories sociales, mais il augmente plus vite pour les ouvriers que pour les cadres.

Entre 20 et 34 ans, les hommes, qu'ils soient ouvriers-employés ou cadres²⁹, déclarent environ une maladie.

Ce chiffre augmente ensuite avec l'âge, mais de manière différenciée. A partir de 35 ans les ouvriers - employés sont davantage malades que les cadres et cet écart de morbidité s'accroît avec l'âge : entre 35 et 74 ans, les ouvriers-employés déclarent environ 0,3 maladie de plus que les cadres et 0,8 maladie de plus à partir de 75 ans.

La différence, nulle ou non significative aux âges les plus jeunes, est donc maximale aux grands âges : dans la tranche d'âge des 75 ans et plus, les ouvriers-employés déclarent en moyenne 4,1 maladies tandis que les cadres n'en déclarent que 3,3.

Graphique 7



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

²⁹ La différence entre les ouvriers-employés et les cadres calculée pour la classe d'âge 20-34 ans n'est pas statistiquement significative.

2) On constate du même coup que le nombre moyen de maladies déclarées varie plus en fonction de l'âge, au sein de chaque catégorie sociale, qu'il ne varie entre les deux catégories sociales.

Le nombre de maladies est multiplié par 3 ou 4 entre les tranches d'âges, alors que l'écart entre les deux catégories n'est que de 0,3 à 0,8 maladie.

Autrement dit, l'âge « en apprend plus » sur le nombre de maladies d'une personne que sa catégorie sociale.

Il convient toutefois de noter que cette observation est tributaire de la classification sociale : il est possible qu'une classification sociale plus fine (ou construite différemment que par les CSP) fasse apparaître davantage de différences de morbidité entre les groupes sociaux.

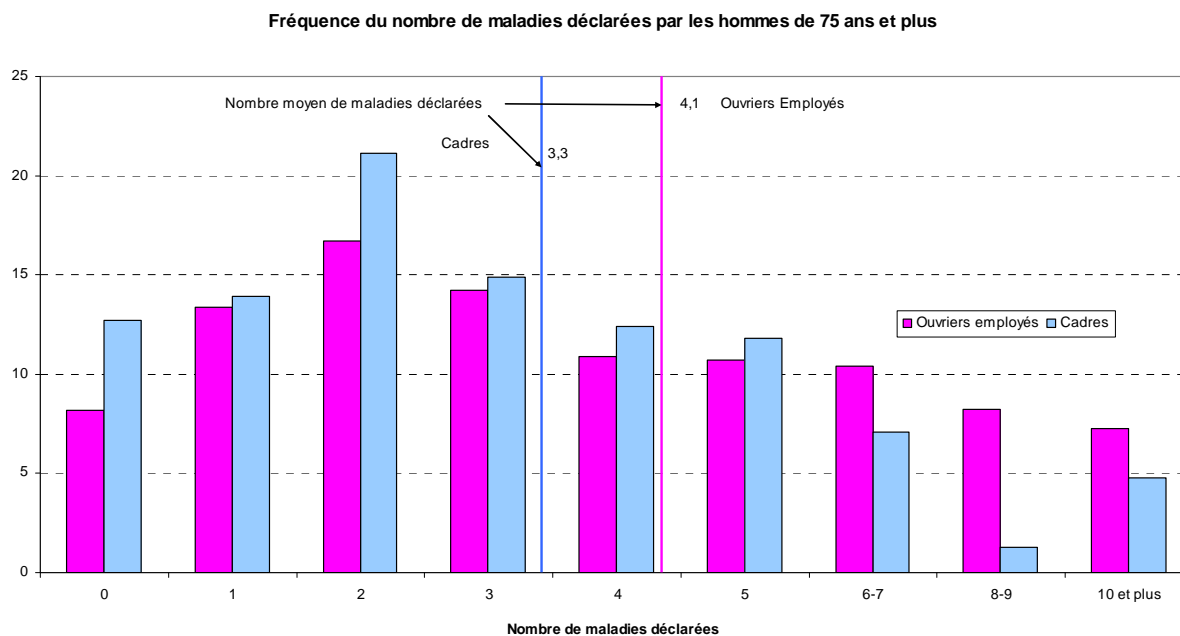
3) Plus généralement, l'examen des données individuelles montre que la catégorie sociale et l'âge d'une personne informent relativement peu sur le nombre de maladies qu'elle déclare.

En effet, même au sein d'un groupe de personnes définies par leur catégorie sociale et leur âge, le nombre de maladies déclaré est très variable.

Et l'analyse montre que cette grande variabilité du nombre de maladies déclarée s'explique essentiellement par d'autres phénomènes que l'âge et la catégorie sociale : ces deux facteurs n'expliquent en effet qu'environ 17% de la dispersion du nombre de maladies dans l'échantillon.

Le graphique suivant illustre cette variabilité pour les personnes de 75 ans et plus.

Graphique 8



Note de lecture : 8 % des hommes ouvriers-employés de 75 ans et plus déclarent qu'ils n'ont aucune maladie.

Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Le nombre *moyen* de maladies déclarées par les ouvriers-employés est de 4,1. Mais 8 % des ouvriers-employés ne déclare aucune maladie, et 7 % des ouvriers-employés en déclarent 10 ou plus.

Il n'y a que 11 % de la population des ouvriers-employés qui déclare un nombre de maladies proche de la moyenne observées pour leur catégorie socio-professionnelle.

Le même constat vaut pour les cadres : 13 % déclarent qu'ils n'ont aucune maladie et 5 % en déclarent 10 ou plus, pour un nombre moyen de maladies de 3,3. Seuls 15 % des cadres déclarent un nombre de maladies proche de la moyenne de la catégorie « cadres ».

L'écart observé entre les chiffres moyens de maladies déclarées par les ouvriers-employés (4,1) et les cadres (3,3) ne doit donc pas conduire à l'idée fautive que les ouvriers auraient, en moyenne, à peu près « une maladie de plus » que les cadres. Il serait plus exact de dire qu'ils ont « un peu moins fréquemment » peu de maladies et « un peu plus fréquemment » beaucoup de maladies.

Pour le dire autrement, les écarts de morbidité intra-catégories sociales sont considérablement plus élevés que les écarts de morbidité inter-catégories sociales.

Il est vrai cependant que ces conclusions sont tirées de données qui portent sur des « nombres de maladies déclarées », ce qui ne préjuge ni du type de maladies dont sont atteintes les personnes enquêtées ni de la gravité de celles-ci. On ne peut donc pas exclure qu'en prenant en compte ces deux caractéristiques, le gradient social ressorte plus fortement.

III. 5/ Les inégalités sociales de santé mesurées par les différences dans l'exposition aux facteurs de risque.

Ce sont, on l'a dit plus haut, des situations d'inégalités qui mettent spécifiquement en évidence certains des mécanismes par lesquels des inégalités socio-économiques peuvent « causer » des inégalités de santé.

a) Il existe ainsi un très net gradient social sur deux indiscutables facteurs de risque que sont le surpoids et le tabagisme.

Les ouvriers et ouvrières fument ainsi nettement plus souvent que les cadres (deux fois plus), et la prévalence de l'obésité est deux à trois fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres.

Tableau 8

Facteurs de risque

	HOMMES		FEMMES	
	Obésité RR	Fumeur quotidien RR	Obésité RR	Fumeur quotidien RR
Cadre	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]	1,0 [ref]
Profession intermédiaire	1,2	1,1	1,3 [1,0-1,8]	1,0
Artisan(e), commerçant(e)	1,8	1,2	2,1 [1,5-3,0]	1,5
Employé(e)	1,7	1,3	2,2 [1,7-2,8]	1,3
Agriculteur(trice)	2,2	0,8	2,9 [2,0-4,0]	0,5
Ouvrier(ère)	2,1	1,6 [2,8 [2,1-3,6]	1,5
Autre	1,6	1,1	3,2 [2,5-4,1]	1,2

Note de lecture : RR : risque relatif ajusté sur l'âge – En gras : significatif à 5%

Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

b) Un autre facteur de risque très classiquement recensé est celui lié à l'activité professionnelle.

Le document d'études de juillet 2009 de la DARES « Les indicateurs accidents du travail de la DARES – Conception, champ et interprétation » rappelle le constat bien connu selon lequel les ouvriers sont bien plus touchés que les cadres par les accidents de travail tant en terme de fréquence qu'en terme de gravité. Sans que ce constat constitue une surprise, en 2006, pour un million d'heures salariées, les cadres et chefs d'entreprise ont connu en moyenne 3,6 arrêts de travail suite à un accident du travail, contre 47,5 pour les ouvriers.

Autre exemple : une exploitation effectuée par la DREES³⁰ de l'enquête Santé Itinéraire Professionnels (SIP) de 2006 indique que les ouvriers ont été deux fois plus exposés que les autres CSP pendant au moins quinze ans au travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant et aux produits nocifs. L'effet de ces expositions peuvent apparaître plusieurs années après la fin de l'activité professionnelle et continuer de générer des inégalités de santé aux âges les plus élevés.

³⁰ A. Montaut, N. De Riccardis, Inégalités de santé selon l'âge, ADSP, n°73, décembre 2010

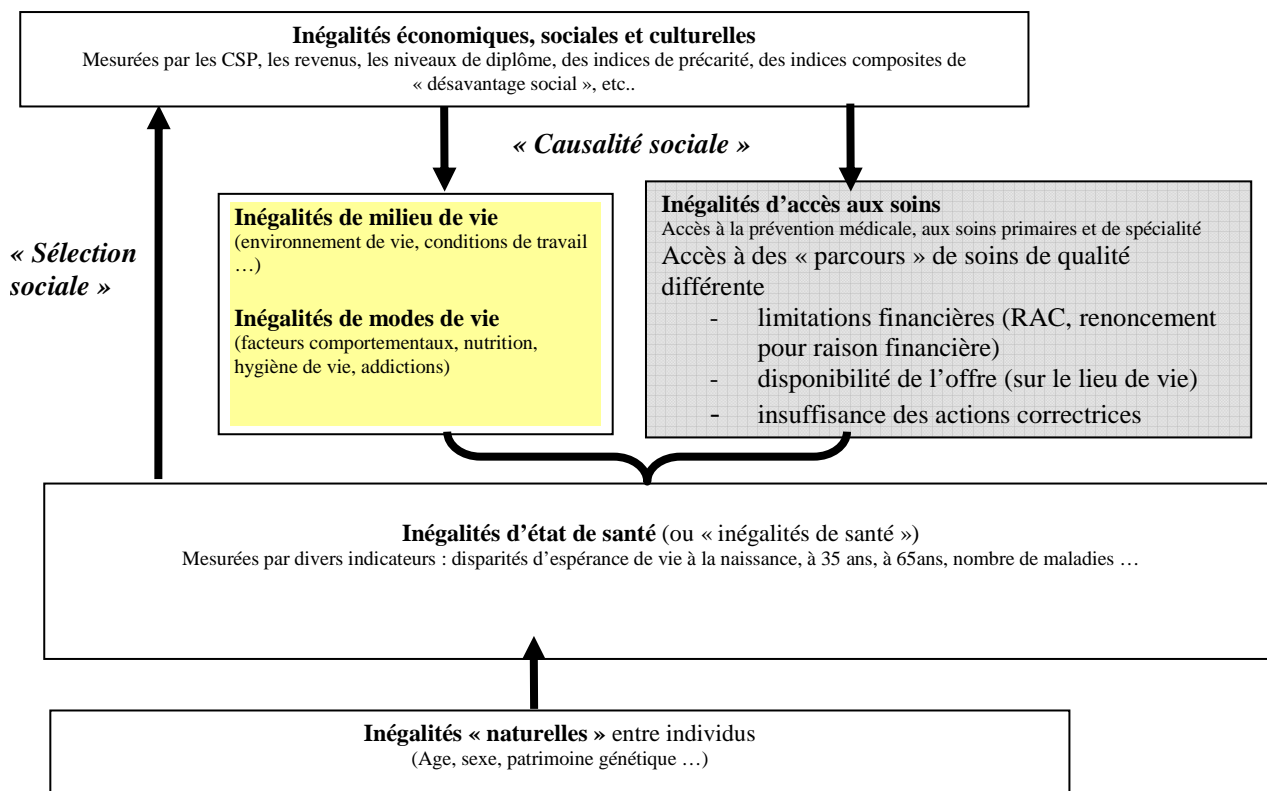
Il serait toutefois inexact d'assimiler les inégalités dans l'exposition aux risques professionnels à des inégalités sociales de santé : les études approfondies font ainsi apparaître des critères déterminants de l'exposition au risque qui sont sans lien avec les catégories sociales : taille de l'entreprise, secteur d'activité, etc.

Ainsi, par exemple, le secteur de la construction a connu en 2006 50,2 arrêts de travail en moyenne par millions d'heures salariées (taux de fréquence), un taux d'IPP (incapacité partielle permanente) moyen de 44,9 par million d'heures salariées (indice de gravité) et 2,6 jours d'arrêt en moyenne par millier d'heures salariées (taux de gravité). Alors que dans le secteur de l'administration publique, ces chiffres sont respectivement de 14,7 ,10,1 et 0,6.

La question de l'inégalité de l'exposition au risque en milieu professionnel est donc un sujet en soi, qui ne recoupe qu'indirectement celui des inégalités sociales de santé.

IV. Les inégalités sociales de santé mesurées par l'accès aux soins.

Il s'agit d'aborder ici ce qui touche de plus près aux compétences propres du HCAAM, à savoir l'enchaînement qui peut se produire entre inégalités économiques et sociales et inégalités de santé, par l'effet d'inégalités d'accès aux soins (cheminement en « grisé » dans le schéma ci-dessous).



Redisons ici que deux questions principales sont ainsi soulevées, qui renvoient assez largement aux travaux déjà réalisés par le HCAAM sur le reste à charge et le renoncement aux soins :

- Quelle est l'importance des difficultés financières d'accès aux soins dans l'inégalité sociale de santé ?
- Quelle est, plus généralement, l'importance de l'ensemble des inégalités d'accès aux soins, même non strictement financières, telles que la disponibilité de l'offre, la capacité à bien cheminer dans le système de soins, le choix des bonnes stratégies soignantes, etc. ?

Ces questions sont très complexes. Leur étude étant rendue particulièrement difficile, d'une part en raison de la rareté des enquêtes et des bases de données permettant de croiser dépenses d'assurance maladie et situation sociale, d'autre part en raison de l'impossibilité de comparer la situation réelle à une situation fictive dans laquelle l'assurance maladie n'existerait pas. Il est donc très difficile de mesurer les effets propres des inégalités sociales sur les inégalités de santé.

C'est pourtant un point tout à fait fondamental, qui doit faire l'objet d'un suivi attentif de la part du HCAAM. Pour nourrir de premiers échanges sur ce sujet, on a rassemblé ici quelques données disponibles, en distinguant, pour l'exposé, les dépenses de soins « curatifs », le recours aux soins de prévention, et enfin les données relatives à la « non dépense », c'est-à-dire au « renoncement aux soins ».

IV. 1/ Constate-t-on des différences de dépense de soins selon les catégories sociales ?

Avec le concours de la DREES, le SG du HCAAM a conduit un travail d'exploitation statistique de l'enquête Handicap Santé 2008-2009.

L'enquête HSM portant sur l'année 2008 a été appariée avec les données de l'assurance maladie obligatoire, ce qui permet de connaître, avec un assez grand détail (soins de ville, soins hospitaliers) la dépense « présentée au remboursement » (y compris donc les éventuels « dépassements ») et la dépense « remboursée » des personnes en fonction, notamment, de leur âge, de leur sexe et de leur catégorie sociale³¹.

Avec 20 767 individus, l'enquête HSM représente ainsi la base de données la plus importante dans ce domaine. Par comparaison, l'appariement de l'enquête SPS avec les données de l'assurance maladie ne concerne qu'environ 10 000 individus. Ces données permettent de renouveler les analyses que la DREES avait menées en 2005 à partir des données de l'EPAS et de SPS de 2000-2002³².

Les premières exploitations de ce fichier sont présentées dans le document d'accompagnement « Dossier statistique – Enquête HSM-SNIIRAM ». On ne commente ici que les principaux résultats de ces exploitations.

a) Sauf aux grands âges, la dépense totale de soins est très peu différenciée entre les différentes catégories socio-professionnelles.

Comme les différentes catégories socio-professionnelles n'ont pas la même composition démographique, et que l'âge est un déterminant essentiel de la dépense de santé, il est important d'opérer la correction de la dépense en fonction de l'âge.

Cela peut se faire en comparant les dépenses moyennes de santé de groupes socio-professionnels appartenant aux mêmes classes d'âge (20-34 ans, 35-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus³³).

³¹ Les catégories socio-professionnelles ont été regroupées en cinq catégories pour l'analyse de l'enquête :

Les inactifs = personnes qui n'ont jamais travaillé (pour quelque motif que ce soit). Les retraités ou chômeurs ne sont pas classés dans cette catégorie, mais dans la catégorie de l'emploi qu'ils occupaient lorsqu'ils étaient en activité.

Les indépendants = agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et assimilés, chef d'entreprise de 10 salariés ou plus.

Les ouvriers et employés = employés de la fonction publique, employés administratifs d'entreprise, employés de commerce, personnels des services directs aux particuliers, ouvriers qualifiés, ouvriers non qualifiés, ouvriers agricoles.

Les professions intermédiaires = professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise.

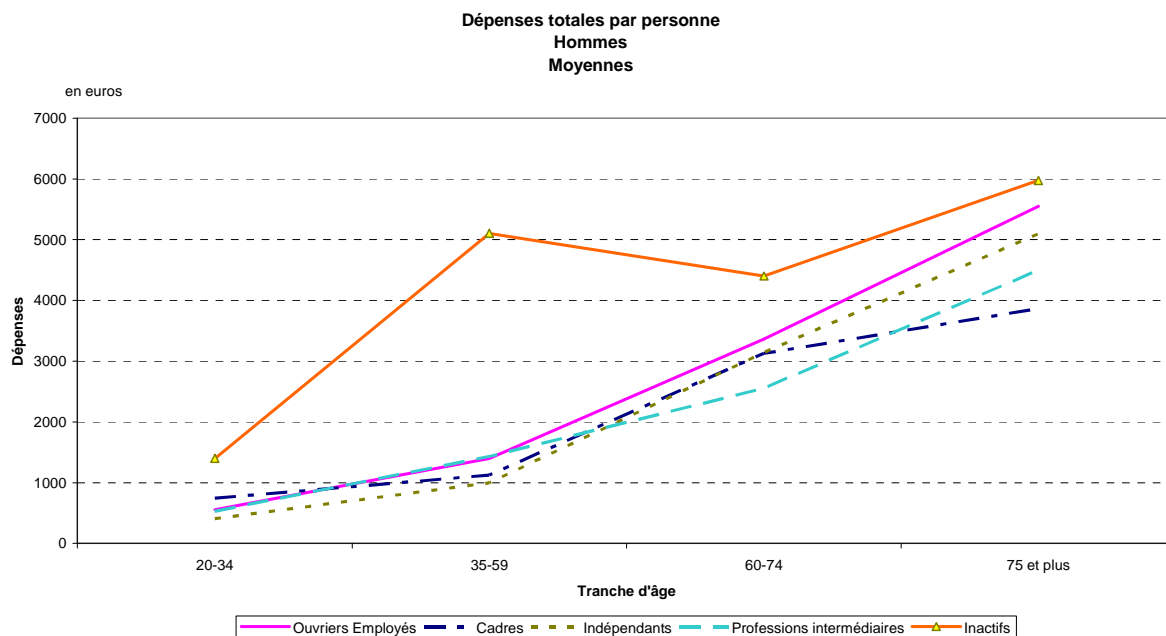
Les cadres = professions libérales et assimilés, cadres « A » de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques, cadres d'entreprise.

³² « Les déterminants individuels des dépenses de santé : L'influence de la catégorie sociale et l'assurance maladie complémentaire », D. Raynaud, Etudes et Résultats, DREES, n° 378, février 2005.

³³ Ces regroupements assez larges sont destinés à conserver un nombre d'individus suffisamment représentatif dans chaque groupe.

Par ailleurs, les différences observées entre les différents groupes doivent être, très classiquement, soumis à un test de « significativité » statistique. Si l'on retient un seuil de significativité à 5%, on ne constate, sur l'échantillon, aucun écart significatif de niveau de dépenses entre les différentes catégories sociales, pour toutes les classes d'âge jusqu'à 74 ans.

Graphique 9



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Tableau 9

Dépenses présentées au remboursement en 2008

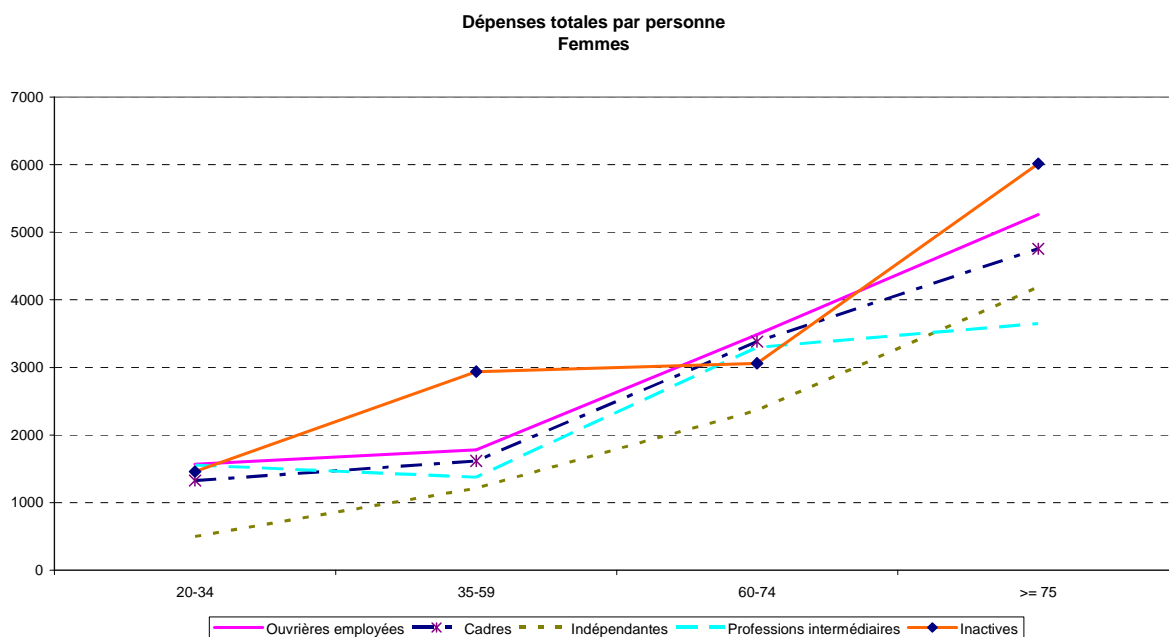
Age	Dépenses moyennes en euros	Ecart par rapport à la dépense moyenne des cadres (en rouge : écarts significatifs à 5%)				
		Cadres	Ouvriers - Employés	Professions Intermédiaires	Indépendants	Inactifs
20 – 34	743		-187	-212	-335	655
35 – 59	1125		275	307	-128	3977
60 – 74	3127		238	-572	16	1275
75 et +	3866		1684	630	1229	2109

Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Dépense totale = Dépense présentée au remboursement pour les soins de ville et l'hospitalisation en MCO, SSR et psychiatrie

La catégorie des « inactifs » regroupe des hommes qui ne travaillent pas et n'ont jamais travaillé : ils ont donc souvent un problème de santé chronique précoce ou un handicap, ce qui explique qu'ils présentent des dépenses de santé très élevées.

Graphique 9 bis



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Tableau 9 bis

Dépenses présentées au remboursement en 2008

Age	Dépenses moyennes en euros Cadres	Ecart par rapport à la dépense moyenne des cadres (en rouge : écarts significatifs à 5%)			
		Ouvriers - Employés	Professions Intermédiaires	Indépendants	Inactifs
20 – 34	1324	240	230	-826	135
35 – 59	1615	164	-241	-402	1323
60 – 74	3381	102	-85	-1017	-319
75 et +	4757	504	-1107	-569	1259

Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Dépense totale = Dépense présentée au remboursement pour les soins de ville et l'hospitalisation en MCO, SSR et psychiatrie

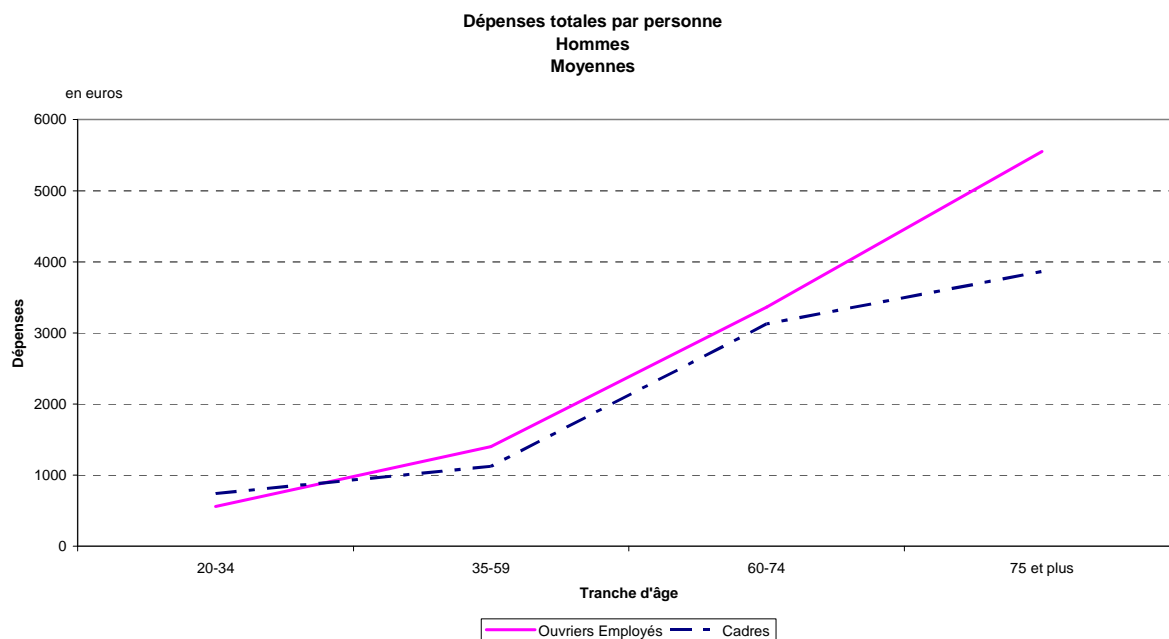
Pour les femmes, l'inactivité peut résulter du choix de rester au foyer pour s'occuper des enfants. Cette catégorie comporte donc une moindre proportion de personnes malades que pour les hommes.

b) Une différence « significative » sur un plan statistique apparaît toutefois pour les hommes, aux grands âges (75 ans et plus), entre d'une part, les cadres, et d'autre part, les indépendants et les ouvriers-employés.

On a plus spécifiquement étudié l'écart le plus important, qui apparaît entre les cadres et les ouvriers-employés. Les ouvriers-employés de plus de 75 ans dépensent en effet environ 1 700 € de plus par an que les cadres de la même classe d'âge.

Cet écart est statistiquement significatif au seuil de 5%.

Graphique 10

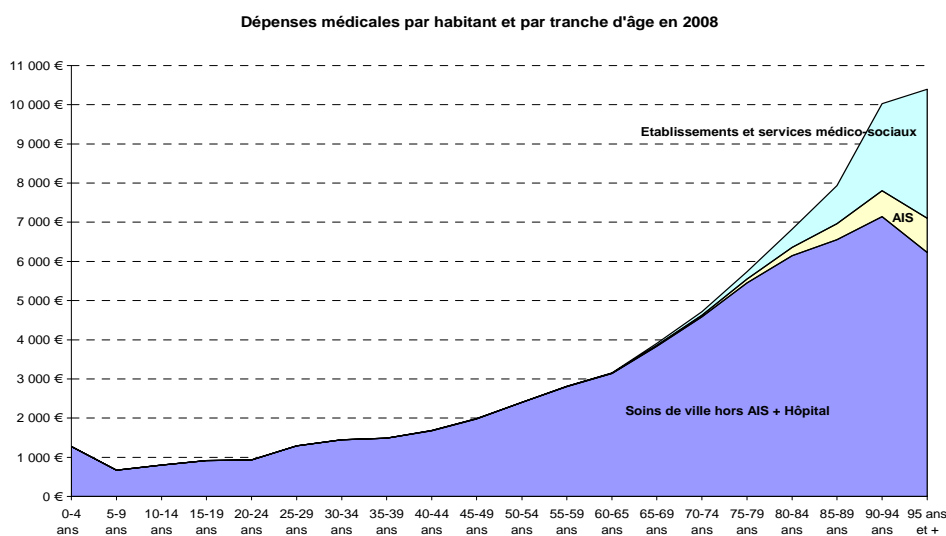


Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Il fait apparaître une évolution de la dépense en fonction de l'âge qui peut surprendre par le fait que la dépense individuelle moyenne ne connaît pas « d'accélération » au-delà de 75 ans (et même, s'agissant des cadres, connaît une croissance « décélérée »), qui peut paraître contradictoire avec certains constats du rapport du HCAAM d'avril 2011 sur le « vieillissement et les dépenses de santé ».

L'explication tient à ce que ne sont pas prises en compte, dans les statistiques de dépenses issues du SNIIRAM, les dépenses de soins en établissements et services médico-sociaux. Or c'est leur contribution qui fait le phénomène de « rupture de pente » de la dépense de santé au-delà de 75 ans.

Graphique 11



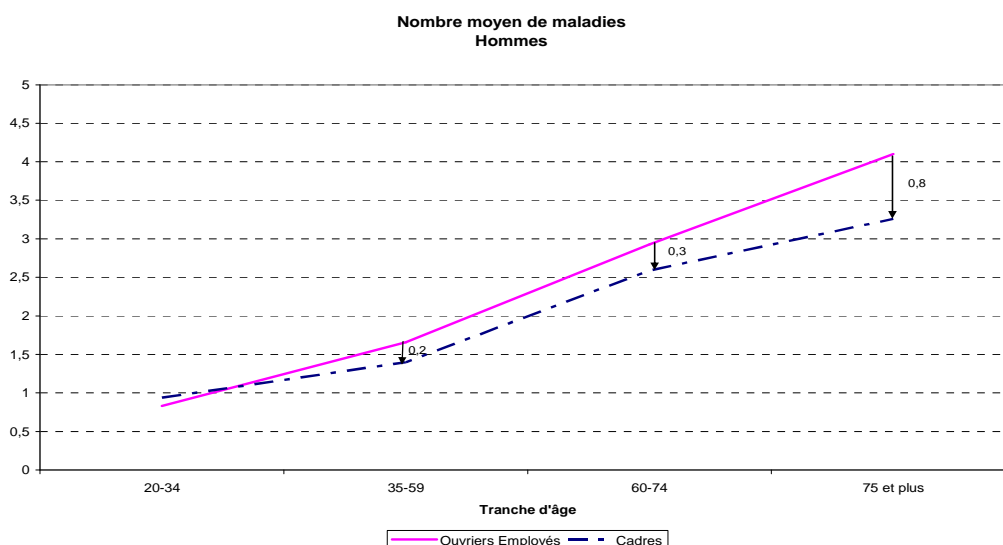
Sources : CNAMTS, EGB 2008 ; PMSI MCO 2008, PMSI HAD 2008, RIM P 2008 et PMSI SSR 2008 ; CNSA ; DREES « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », Etudes et résultats n° 699, août 2009 ; Insee, estimations de population.
Retraitements : secrétariat général du HCAAM.

Il s'y ajoute aussi le fait que l'appariement HSM-SNIRAAM ne retrace pas les dépenses de santé des personnes qui résident en institution, dont le HCAAM avait montré qu'elles étaient – au moins aux grands âges – plus élevées que pour les autres personnes de la même classe d'âge.

c) Cette inégalité très ciblée de la dépense de soins (observée ici entre hommes cadres et hommes ouvriers de plus de 75 ans) doit être mise en relation avec les inégalités observées en termes d'état de santé (part des personnes en ALD/ nombre de maladies déclarées).

On a, en effet, vu plus haut que l'écart en nombre moyen de maladies déclarées par les ouvriers-employés d'un côté, et les cadres de l'autre, n'augmente nettement qu'aux âges élevés.

Graphique 12



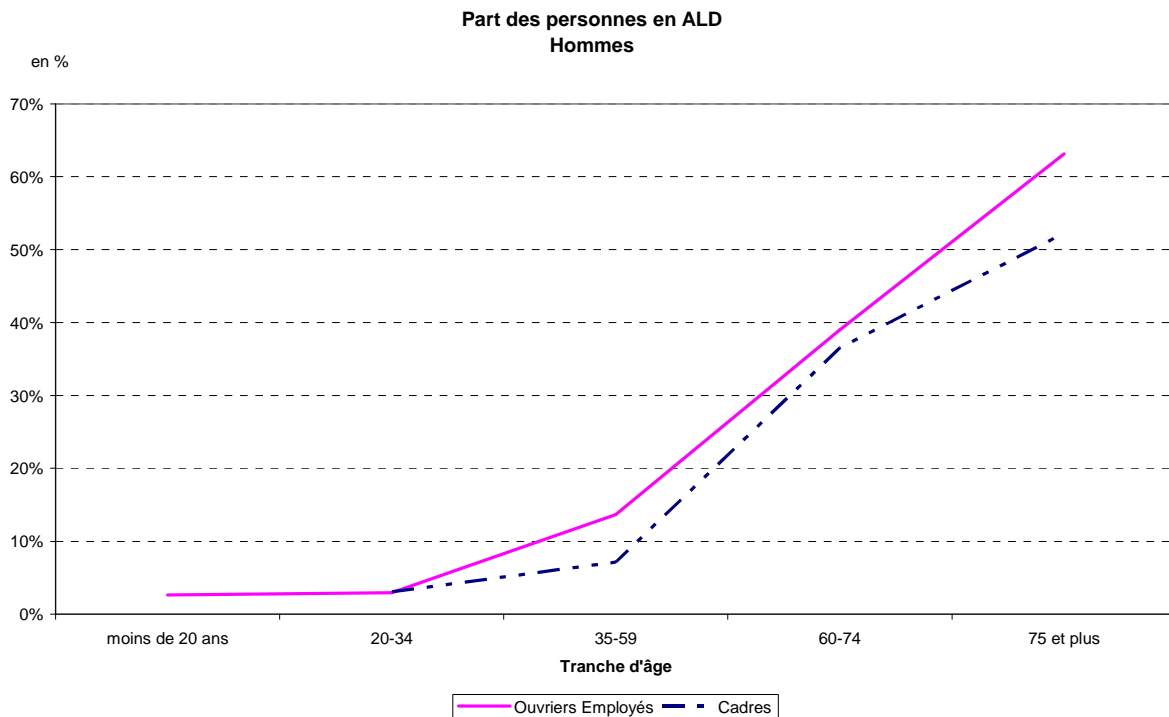
Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Il est vrai qu'on constate sur ce schéma que les ouvriers-employés ont aussi un peu plus de maladies que les cadres *avant* 75 ans (+ 0,2 maladie entre 34 et 59 ans et +0,3 maladie entre 60 et 74 ans). On pourrait donc s'attendre à ce que les ouvriers-employés aient également davantage de dépenses de soins que les cadres *avant* 75 ans. Or, comme on l'a dit plus haut, ce n'est pas le cas, en tous cas de manière statistiquement significative.

Il y a là un élément qui n'est pas directement interprétable en l'état, et peut appeler des explications très diverses : soit cette différence de morbidité indiquée par le nombre de maladies déclarées n'est pas suffisamment importante pour justifier un écart dans la dépense de soins (le nombre de maladies déclarées ne diffère que de 0,2 à 0,3 avant 75 ans et on ne sait pas la gravité de ces maladies), soit il s'agit d'une « sous-consommation relative de soins » des ouvriers-employés par rapport aux cadres, soit enfin il y a bien une différence de consommation de soins aux âges inférieurs à 75 ans, mais l'échantillon ne couvre pas suffisamment de personnes pour que ces écarts apparaissent de manière statistiquement significative.

Toujours est-il que, s'agissant de la tranche d'âge de plus de 75 ans, les écarts de nombre de maladies déclarées entre cadres et ouvriers-employés peuvent être rapprochés du taux de personnes en ALD (selon l'âge, le sexe et la catégorie socio-professionnelle) : ce n'est que pour la tranche d'âge des 75 ans et plus qu'apparaît une différence statistiquement significative.

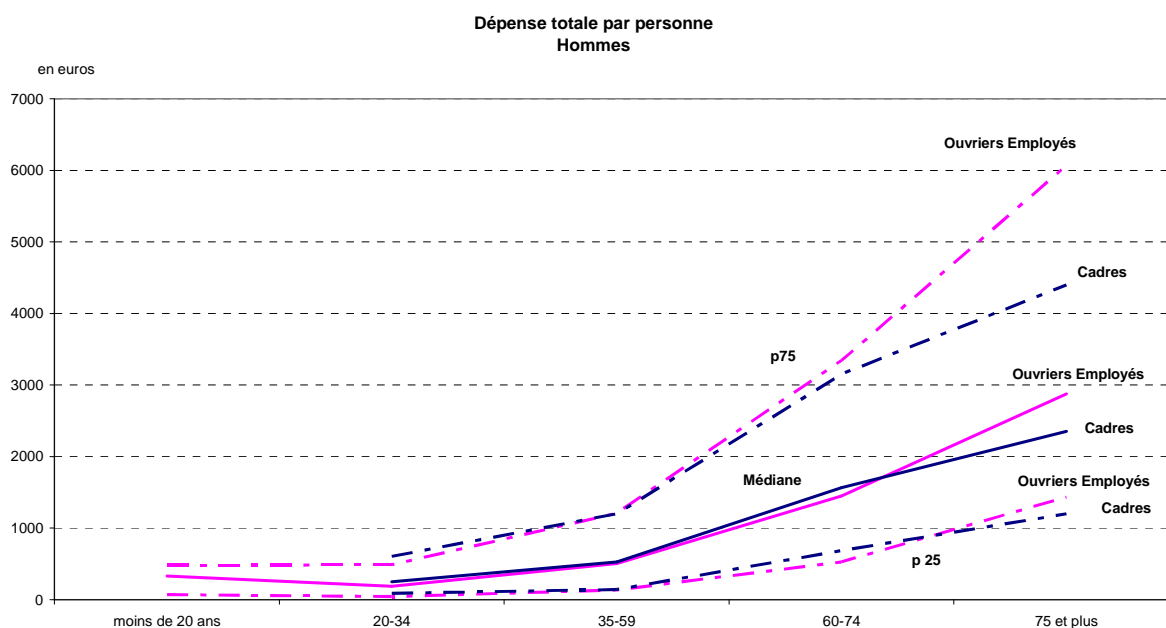
Graphique 13



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

A cela s'ajoute le constat que les différences de dépenses de santé entre cadres et ouvriers-employés (hommes) de plus de 75 ans sont concentrées sur les « plus gros dépensiers » de la classe d'âge. En effet, comme le montre le schéma ci-dessous, ce sont les personnes appartenant au « quartile » des plus gros consommateurs de la tranche d'âge des plus de 75 ans qui expliquent la quasi-totalité de l'écart de dépenses moyen.

Graphique 14



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

Note de lecture : La moitié des ouvriers-employés de 35 à 59 ans ont des dépenses de santé inférieures à 500 €, l'autre moitié ayant des dépenses supérieures à ce seuil. Il en est de même des cadres de la même classe d'âge (Médiane).

Un quart des ouvriers-employés de 35 à 59 ans ont des dépenses de santé inférieures à 150 €, les trois autres quarts ayant des dépenses supérieures à ce seuil. Il en est de même des cadres de la même classe d'âge (P25).

Trois quarts des ouvriers-employés de 35 à 59 ans ont des dépenses de santé inférieures à 1 100 €, l'autre quart ayant des dépenses supérieures à ce seuil. Il en est de même des cadres de la même classe d'âge (P75).

L'ensemble de ces éléments suggère donc que si les ouvriers-employés (hommes) de 75 ans et plus dépensent davantage que les cadres, c'est essentiellement parce qu'ils sont plus malades³⁴.

Autrement dit, même là où apparaît une différence de consommation « significative » entre catégories sociale (à savoir pour les hommes de 75 ans et plus, et entre ouvriers-employés et cadres), ce n'est pas la catégorie sociale qui est par elle-même explicative du phénomène, mais la maladie. Si le fait d'appartenir à la catégorie des ouvriers-employés âgés de plus de 75 ans a l'air d'être un facteur majorant la dépense de soins, c'est parce que les ouvriers-employés sont davantage malades et non parce qu'ils ont un accès différent aux soins

Sachant qu'on est alors renvoyé à la question de savoir comment on peut expliquer ces différences de morbidité entre catégories sociales.

³⁴ On peut notamment remarquer que, comme l'espérance de vie à 75 ans des cadres est supérieure de 2,5 ans à celles des ouvriers, la proportion de cadres « de 75 ans et plus » qui sont dans leur dernière année de vie est inférieure à la proportion des ouvriers « de 75 ans et plus » qui sont dans la même situation.

Comme cette année est statistiquement plus coûteuse en soins que les autres, l'écart observé peut trouver là une explication.

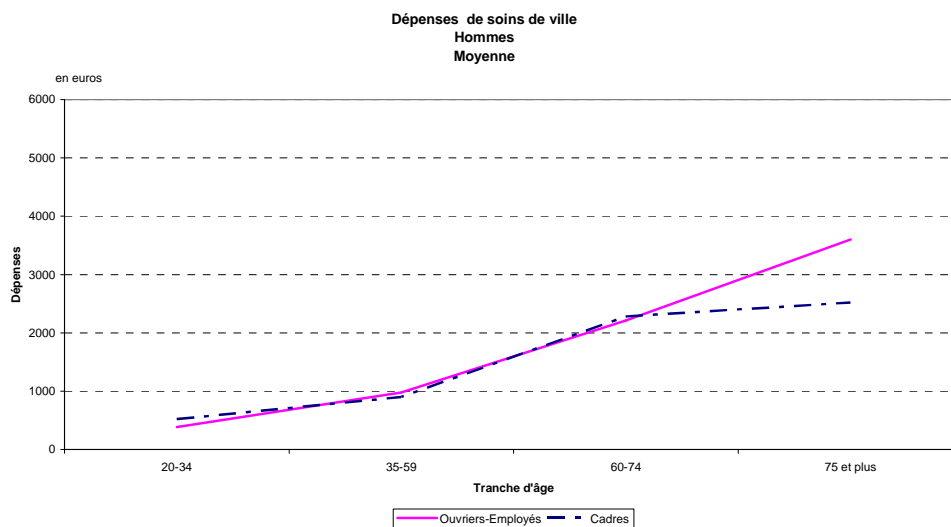
Mais cette explication se heurte tout de même au fait qu'un écart significatif devrait alors, pour la même raison, être observé entre cadres et ouvriers aux âges intermédiaires, et qu'il devrait en aller de même pour les femmes cadres et ouvrières de plus de 75 ans (cf le tableau sur « l'Origine par âge des écarts d'espérances de vie entre cadres et ouvriers » page 24.)

IV. 2/ Ces différences « sociales » de dépense globale se doublent de différences « sociales » dans la structure de consommation.

Sur l'ensemble des classes d'âge, mais particulièrement après 75 ans, un premier examen permet de relever certaines différences importantes dans la structure de soins.

C'est sur les soins de ville que les écarts de dépense sont statistiquement significatifs. Les dépenses globales de soins de ville des ouvriers-employés s'élèvent à environ 3 600 € contre 2 500 € pour les cadres. Cet écart de 1 100 € est statistiquement significatif au seuil de 5%.

Graphique 15



Source : DREES, enquête HSM appariée avec le SNIIRAM, 2008

La structure n'est cependant significativement différente entre les hommes ouvriers-employés et les hommes cadres de 35 à 74 ans que sur quelques postes précis de soins de ville.

Tableau 10

Structure de consommation de soins - Hommes 35-59 ans

	Ouvriers- Employés €	Cadres €	Ecart €	Ouvriers- Employés	Cadres	Ecart en points
Omnipraticien	100	75	25	7%	7%	0
Spécialistes	86	106	-20	6%	9%	-3
Dentaires soins courants	40	52	-12	3%	5%	-2
Actes médico-infirmiers	17	4	13	1%	0%	1
Actes de soins infirmiers	2	0	2	0%	0%	0
Masseur-kinésithérapeutes	42	41	1	3%	4%	-1
Biologie	49	46	3	3%	4%	-1
Pharmacie	410	264	146	29%	23%	6
LPP (hors optique et dentaire)	45	29	15	3%	3%	1
Optique	59	111	-52	4%	10%	-6
Prothèses dentaires	64	116	-52	5%	10%	-6
Autres professionnels	22	28	-7	2%	3%	-1
Transport	33	19	14	2%	2%	1
Soins de ville	974	900	75	70%	80%	-10
Hôpital	425	225	201	30%	20%	10
Total	1400	1125	275	100%	100%	0

En rouge et gras : écart significatif à 5 %

Les ouvriers-employés ont de plus faibles dépenses d'optique et de dentaire, en soins conservateurs mais surtout en prothèses dentaires. Ils ont moins de consultations de spécialistes et plus de consultations de médecins généralistes que les cadres, sans que les écarts moyens – « significatifs » au sens statistiques du terme – ne soient toujours très importants.

La relative modestie de plusieurs de ces écarts moyens (en euros) ne doit cependant pas tromper. Il s'agit d'écarts moyens calculés sur l'ensemble des personnes de chaque CSP, « consommandes » et « non consommandes ». Les écarts sur les seules personnes consommandes seraient donc, dans certains cas, sensiblement plus élevés : ainsi, s'agissant de l'écart moyen de 52 euros sur les soins dentaires prothétiques, il faut se souvenir que le taux de « consommandes » en soins dentaires, une année donnée, n'est que de 15% environ.

Tableau 11

Structure de consommation de soins Hommes 60-74 ans

	Ouvriers- Employés €	Cadres €	Ecart €	Ouvriers- Employés	Cadres	Ecart en points
Omnipraticien	171	145	26	5%	5%	0
Spécialistes	187	225	-39	6%	7%	-2
Dentaires soins courants	38	74	-36	1%	2%	-1
Actes médico-infirmiers	103	32	71	3%	1%	2
Actes de soins infirmiers	39	3	36	1%	0%	1
Masseur-kinésithérapeutes	66	58	8	2%	2%	0
Biologie	116	127	-11	3%	4%	-1
Pharmacie	966	971	-5	29%	31%	-2
LPP (hors optique et dentaire)	176	153	22	5%	5%	0
Optique	86	156	-69	3%	5%	-2
Prothèses dentaires	82	212	-130	2%	7%	-4
Autres professionnels	44	44	0	1%	1%	0
Transport	103	64	39	3%	2%	1
Soins de ville	2214	2280	-66	66%	73%	-7
Hôpital	1151	847	304	34%	27%	7
Total	3365	3127	238	100%	100%	0

En rouge et gras : écart significatif à 5 %

Pour les hommes de plus de 75 ans, il existe en revanche davantage de différences dans la structure de la dépense par type de soins :

- Les ouvriers-employés vont un peu moins voir un médecin spécialiste (une à deux consultations en moins) que les cadres alors que leurs dépenses en consultation de médecin généraliste représentent la même part de leurs dépenses de soins totales.
- Les ouvriers-employés ont davantage recours que les cadres aux soins infirmiers (AMI surtout mais aussi AIS), aux dispositifs médicaux (appareillage ?) et aux transports.
- On n'observe plus de différence significative sur les prothèses dentaires, mais les ouvriers-employés ont en revanche moins de soins dentaires conservateurs.

Tableau 12

Structure de consommation de soins Hommes 75 ans et plus

	Ouvriers- Employés €	Cadres €	Ecart €	Ouvriers- Employés	Cadres	Ecart en points
Omnipraticien	256	185	71	5%	5%	0
Spécialistes	197	285	-89	4%	7%	-4
Dentaires soins courants	25	84	-59	0%	2%	-2
Actes médico-infirmiers	389	32	357	7%	1%	6
Actes de soins infirmiers	185	39	146	3%	1%	2
Masseur-kinésithérapeutes	132	119	13	2%	3%	-1
Biologie	147	145	2	3%	4%	-1
Pharmacie	1435	1080	356	26%	28%	-2
LPP (hors optique et dentaire)	354	112	242	6%	3%	3
Optique	53	89	-36	1%	2%	-1
Prothèses dentaires	100	146	-46	2%	4%	-2
Autres professionnels	117	120	-4	2%	3%	-1
Transport	188	52	136	3%	1%	2
Soins de ville	3601	2521	1080	65%	65%	0
Hôpital	1949	1345	603	35%	35%	0
Total	5550	3866	1684	100%	100%	0

En rouge et gras : écart significatif à 5%

Le caractère non significatif des écarts de dépenses observées sur l'hôpital ne permet pas de tirer de conclusions quant à un éventuel « gradient social » dans la structure de dépense ville-hôpital.

*

En conclusion, on doit souligner, car cela n'est pas sans lien avec les travaux du HCAAM de 2011 sur les restes à charge, que les écarts de consommations entre les cadres (hommes) et les ouvriers ou employés (hommes) sont hétérogènes selon le type de soins :

- la dépense de soins de prothèses dentaires laisse généralement aux assurés des restes à charges importants. Or il s'agit précisément d'une dépense qui, chez les ouvriers est sensiblement plus faible que celle des hommes cadres, alors que l'enquête SPS de l'IRDES montre que leur besoin prothétique est supérieur³⁵ ;
- à l'inverse, la dépense de prestations infirmières, que ce soit d'actes médicaux infirmiers ou d'actes infirmiers de soins, des ouvriers ou employés de plus de 75 ans est nettement plus élevée que celle des cadres, ce qui est logique car ils sont plus souvent malades ou dépendants. Mais on peut penser qu'intervient aussi le fait que ces prestations laissent en moyenne très peu de restes à charge (car souvent prises en charge à 100% par l'AMO – « franchise » exclue).

³⁵ Selon l'enquête SPS de 2008, 63% des ouvriers non qualifiés déclarent avoir une dent manquante non remplacée, contre 40% pour les cadres.

IV. 3/ Ces premières analyses, qui déplacent certaines idées reçues, méritent d'être encore approfondies et confirmées.

a) Dès lors qu'on tient compte de la variable « âge », il apparaît en première analyse une assez forte « homogénéité sociale » de la dépense de santé qui peut sans doute être mise au crédit de l'assurance maladie

La seule différence de *consommation de soins* qui est clairement corrélée à une différence de situation socio-économique concerne l'écart entre cadres et ouvriers pour les hommes de 75 ans et plus. Et cette différence peut, a priori, s'expliquer très largement par des différences d'état de santé.

Cela ne remet nullement en cause le constat général sur l'existence d'inégalités sociales de santé. A preuve d'ailleurs l'écart de morbidité, aux âges élevés, entre cadres et ouvriers.

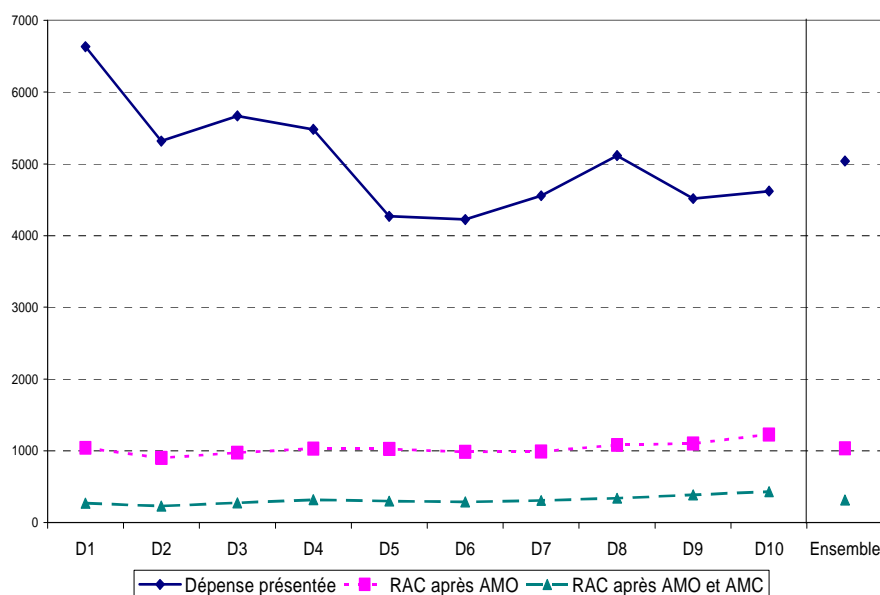
Mais on est tenté de dire, au vu de ces premiers résultats, que l'enchaînement – par ailleurs parfaitement établi – entre inégalités sociales et inégalités de santé n'est pas essentiellement ou même principalement le fait d'inégalités sociales dans la consommation de soins.

En d'autres termes, ce ne seraient pas, ou pas principalement, des difficultés financières d'accès aux soins qui expliqueraient les inégalités sociales de santé, mais bien plus les inégalités de milieu et de mode de vie.

Cette hypothèse rejoint d'ailleurs le constat, déjà rapporté dans des rapports du HCAAM, que la dépense de santé est relativement insensible au niveau de revenu du ménage (et même légèrement supérieure dans les tranches de revenus les plus basses, qui correspondent en partie à des ménages de retraités âgés).

Graphique 16

Dépense présentée au remboursement, RAC après AMO et RAC après AMO et AMC des ménages par déciles de niveau de vie 2006



Source : DREES, Comptes de la santé, 2009, microsimulation

Cette relative « indépendance » à l'égard du revenu trouve sa première explication dans la très puissante solvabilisation qu'apporte, au premier chef l'assurance maladie obligatoire, et dans une moindre mesure les mécanismes de libre assurance complémentaire.

Un tel constat, qu'il faut pouvoir affiner par des études ultérieures, serait donc indéniablement à mettre au crédit de notre système d'assurance maladie solidaire.

b) Ce constat important doit cependant, à ce stade, être posé avec beaucoup de prudence, car plusieurs éléments doivent faire l'objet d'études complémentaires

Premièrement, l'échantillon HSM-SNIIRAM - bien que de taille importante : environ 20 000 individus - ne permet pas forcément de détecter certains phénomènes peu intenses.

La nécessité de conserver des groupes de taille suffisante pour conduire des analyses statistiques conduit ainsi à adopter une segmentation socio-professionnelle très agrégée (« professions intermédiaires », « ouvriers-employés » ...). Or il est probable que certaines inégalités sociales de santé doivent être recherchées sur des groupes plus étroits et ciblés³⁶.

Deuxièmement, les dépenses de santé du champ médico-social ne sont pas prises en compte.

Or l'accueil en institution médico-sociale n'est pas uniforme entre les différentes CSP.

Cela apparaît très clairement dans l'exploitation de l'échantillon dit « HSI-SNIIRAM » (HSI signifiant « Handicap-Santé en institution »), qui est le pendant de l'échantillon HSM-SNIIRAM exploité ici.

Une première analyse de cet échantillon HSI-SNIIRAM (d'environ 9000 personnes) donne par exemple l'indication suivante, pour les personnes de 75 ans et plus :

³⁶ On pense par exemple aux inégalités d'état de santé qui apparaissent, parmi les jeunes adultes, dans le groupe social des « étudiants ».

Tableau 13**Taux d'institutionnalisation chez les personnes de 75 ans et plus**

	Homme	Femme	Ensemble
Inactif	36,9%	15,7%	16,7%
Indépendant	5,1%	11,0%	8,3%
Ouvrier-Employé	5,9%	8,4%	7,7%
Profession intermédiaire	3,3%	9,5%	6,2%
Cadre	2,7%	4,6%	3,3%
Ensemble	5,2%	15,7%	8,3%

Note de lecture : 2,7% des hommes cadres de 75 ans et plus sont en institution.

Source : DREES, enquêtes HSM et HSI appariée avec le SNIIRAM, 2008

On devrait donc corriger la dépense de santé totale de chaque groupe social en y ajoutant la part de dépense de santé médico-sociale correspondante (qui n'est malheureusement pas recueillie dans ces deux échantillons statistiques).

Le tableau ci-dessus permet en tous cas de penser que l'écart observé précédemment sur les dépenses d'actes infirmiers entre les ouvriers et les cadres de plus de 75 ans (environ 500 euros de plus en moyenne par an pour les ouvriers, soit pratiquement la moitié de l'écart constaté sur les soins de ville entre ouvriers et cadres) n'est pas la conséquence d'une moindre institutionnalisation des CSP moins aisées.

Troisièmement, les données utilisées ne renseignent pas sur l'adéquation de la dépense aux besoins.

On ignore la nature des maladies déclarées et si la dépense est proportionnée à leur gravité.

On ignore surtout si la qualité de la dépense (c'est-à-dire le recours au bon professionnel au bon moment) est toujours identiquement au rendez-vous.

On ne sait pas enfin quelles sont les répercussions de soins inadéquats aujourd'hui sur les dépenses de demain (une différence de dépenses après 75 ans pouvant trouver son origine dans des dépenses insuffisantes à un plus jeune âge).

Par ailleurs, même à état de santé comparable, il est évident qu'un même montant de dépense ne signifie pas forcément égalité d'accès aux soins. De ce point de vue, les écarts de structure de consommation ouvrent des pistes qui doivent être explorées.

A cet égard, la qualité de la dépense de soins dépend de façon cruciale de la plus ou moins bonne organisation de ces soins. Dans ces conditions, il est vraisemblable qu'une organisation non optimale des soins dans certains territoires peut renforcer l'effet des inégalités sociales.

On voit d'ailleurs, dans les pages qui suivent, que d'autres données relatives à l'accès aux soins, qu'il s'agisse de l'accès aux soins de prévention ou des données de renoncement, sont marquées d'un assez net « gradient social ».

Une fois encore, on ne peut donc qu'inviter à pousser plus loin les progrès de la connaissance.

A ce titre, il faut notamment souligner :

- Qu'il manque une base de données permettant d'apparier des données économiques et sociales (CSP ou à défaut revenus) et données de soins, comme le HCAAM l'a déjà noté dans ses travaux sur les RAC.
- Que manquent également les données statistiques qui permettraient de distinguer l'effet des inégalités sociales sur l'incidence des maladies, et des inégalités sociales sur les soins apportés, une fois la maladie déclarée : une même dépense peut en effet s'expliquer par de multiples combinaisons de ces deux facteurs.

En somme, ces premières recherches de corrélations entre situation économique et sociale d'une part, et dépense de soins d'autre part, débouche sur la nécessité – pour faire apparaître les éventuels phénomènes critiques – d'aller au-delà des comparaisons d'ensemble et de privilégier des études relativement fines, sur des groupes sociaux précis, ou sur certains territoires (on aborde ce point plus loin), ou encore pour certains types de soins.

IV. 4/ Les inégalités sociales de santé mesurées par le recours au dépistage.

On a pu montrer³⁷ que les cadres et professions intermédiaires déclarent plus fréquemment avoir recours aux dépistages :

- Pour les hommes, dans la tranche d'âge de 50 à 74 ans, les cadres et professions intermédiaires ont, par rapport aux autres catégories sociales, une probabilité 10% supérieure d'avoir bénéficié, comme recommandé, d'un dépistage du cancer colorectal dans les deux ans précédant l'enquête.
- Chez les femmes, les ouvrières et agricultrices âgées de 25 à 65 ans ont une probabilité 2 fois plus importante de ne pas avoir effectué un frottis dans les trois années précédant l'enquête que les femmes cadres ou professions intermédiaires. Ces écarts sont un peu plus faibles pour la réalisation d'une mammographie de moins de deux ans. Dans les deux cas, les employées occupent une place intermédiaire.

Tableau 14

Risque relatif ajusté sur l'âge – En gras : significatif à 5%

	HOMMES		FEMMES	
	Pas de dépistage du cancer colorectal depuis 2 ans (50-74 ans)	Dépistage du cancer colorectal de moins de 2 ans (50-74 ans)	Pas de mammographie depuis 2 ans (50-74 ans)	Pas de frottis depuis 3 ans (25-65 ans)
Cadre	1,0 [par hypothèse]	1,0 [par hypothèse]	1,0 [par hypothèse]	1,0 [par hypothèse]
Profession intermédiaire	1,0	1,1	1,1	1,0
Artisan(e), commerçant(e)	1,1	1,2	1,3	0,9
Employé(e)	1,1	1,1	1,6	1,5
Agriculteur(trice)	1,1	0,8	1,8	2,2
Ouvrier(ère)	1,1	1,1	1,6	2,1
Autre	1,1	0,9	2,1	2,6

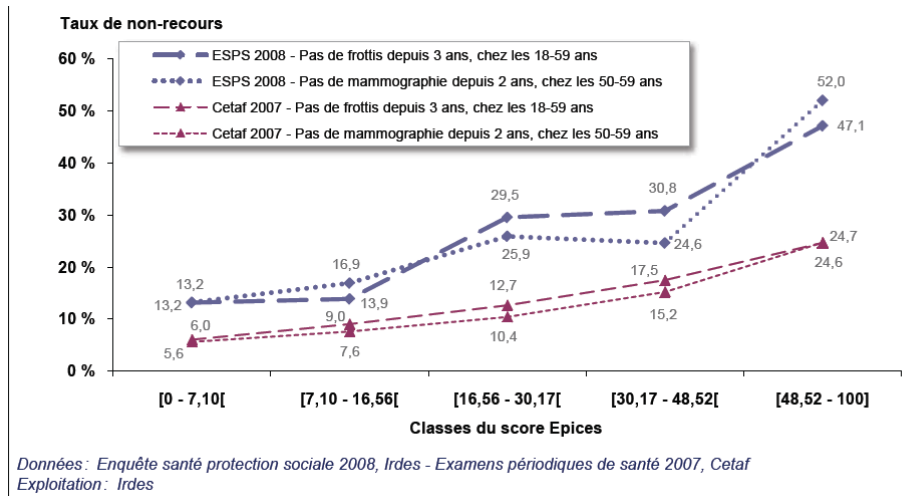
Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

Ces résultats sont corroborés par les résultats des données de l'IRDES et du CETAF s'agissant du différentiel de participation au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus selon le niveau de précarité sociale. Ainsi, le taux de non recours chez les femmes des classes d'âge concernées est fortement croissant avec leur score de précarité, de façon plus prononcée dans la population de l'enquête SPS que dans celle fréquentant les centres d'exams de santé (tableau ci-dessous).

³⁷ Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°8-9, 8 mars 2011 « Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France », déjà cité ci-dessus.

Graphique 17

Taux de non recours à la mammographie chez les femmes de 50 à 59 ans et aux frottis chez les femmes de 18 à 59 ans



Source : IRDES, Enquête SPS 2008, juin 2010.

IV. 5/Les inégalités sociales de santé mesurées par le renoncement aux soins :

a) Le renoncement aux soins en fonction des catégories socio-professionnelles.

Le renoncement aux soins est un cas particulier du non recours aux soins. Il suppose en effet que la personne ait perçu un besoin et ait décidé de ne pas avoir recours aux soins.

Dans son rapport sur l'état de santé de la population en France de 2011 qui comporte le suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, la DREES fait figurer l'indicateur de renoncement aux soins pour raisons financières selon le « milieu social » - en fait la CSP - des ménages enquêtés.

Ils montrent un net « gradient social » du renoncement aux soins. Ces résultats (issus de l'enquête SPS de l'IRDES de 2008) font par exemple apparaître que le taux de renoncement à des soins pour raisons financières des ouvriers et ouvriers non qualifiés est d'environ de 1,5 plus élevé que celui des cadres.

Tableau 15

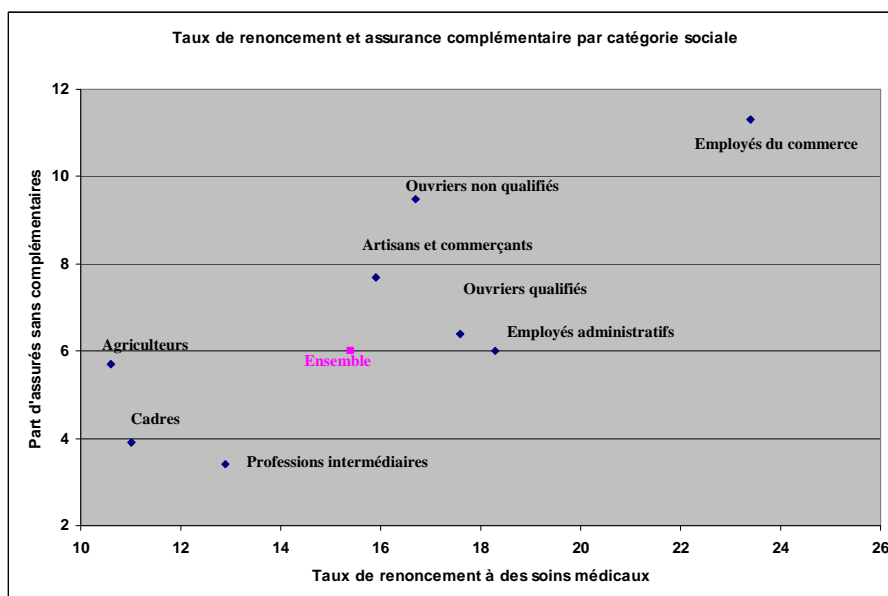
Personnes ayant renoncé à voir un médecin ou à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois

Milieu social	Taux de renoncement
Agriculteur	10,6%
Cadre et profession intellectuelle	11,0%
Profession intermédiaire	12,9%
Artisan commerçant	15,9%
Ouvrier non qualifié	16,7%
Ouvrier qualifié	17,6%
Employé administratif	18,3%
Employé de commerce	23,4%
Ensemble	15,4%

Source : IRDES, enquête SPS 2008

Les taux de renoncement par catégorie socio-professionnelle semblent par ailleurs inversement corrélés au fait de disposer d'une complémentaire santé (privée ou CMU-C).

Graphique 18



Source : IRDES enquête SPS 2008

Ce qui est cohérent avec les données générales qui établissent que le taux global de renoncement à des soins pour raisons financières des personnes sans complémentaire santé est plus fort que celui des autres personnes. Les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire (publique ou privée) sont deux fois plus exposées aux renoncements que les titulaires d'une assurance complémentaire, et 1,5 fois plus que les bénéficiaires de la CMUC.

Il est par ailleurs intéressant de rapprocher les données de renoncement des chiffres – certes plus anciens de cinq ans – de taux d'effort par catégorie socio-professionnelle, issus de travaux de l'INSEE sur les revenus et dépenses de santé (CSBM) de 2003, déjà mentionnés dans le « tableau de bord » du HCAAM en janvier 2011.

Tableau 16

	Taux d'effort (RAC/RDB)
Agriculteurs et anciens agriculteurs	2,9 %
Cadres et anciens cadres	2,2%
Professions intermédiaires (et anciens)	2,6%
Artisans, commerçant, prof. libérales	1,8%
Ouvriers et anciens ouvriers	3,4 %
Employé et anciens employés	3,0 %
Ensemble	2,7%

Source INSEE, calculs SG du HCAAM

Tout comme il est utile de rapprocher ces données de renoncement par catégories socio-professionnelles des données de renoncement en fonction du revenu. Ainsi, l'enquête SPS de l'IRDES fait apparaître clairement un gradient social, le taux de renoncement étant fonction décroissante du niveau de vie, dans un ordre de grandeur de un à trois entre quintiles extrêmes.

Tableau 17

Personnes ayant « renoncé à voir un médecin ou à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois »

Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile (Indice de l'OCDE)	Taux de renoncement
Premier quintile, moins de 870€	21,9
Deuxième quintile, de 870€ à 1167€	20,2
Troisième quintile, de 1167€ à 1486€	14,9
Quatrième quintile, de 1486€ à 1997€	13,6
Cinquième quintile, 1997€ et plus	6,7
Revenu non renseigné	15,4

Source : IRDES, enquête SPS 2008

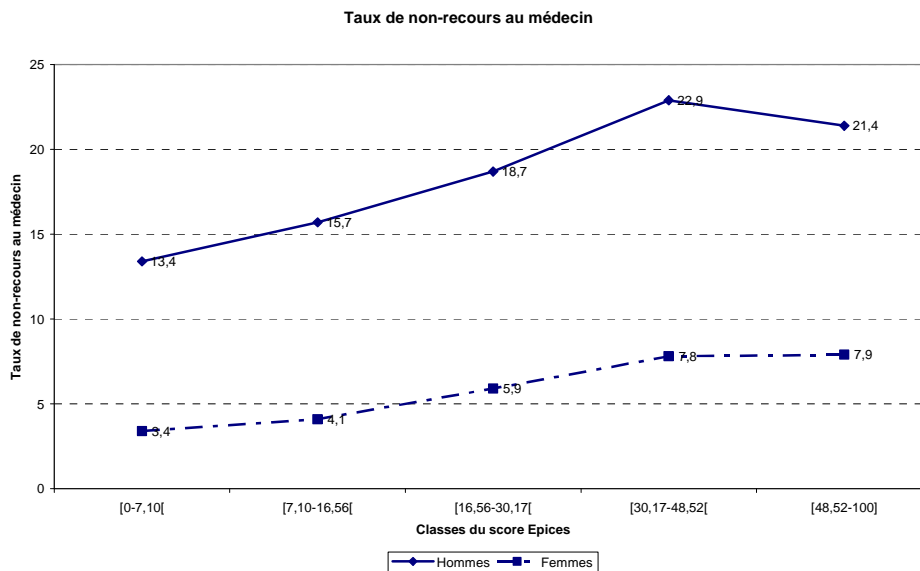
b) Le non-recours aux soins en fonction d'un indicateur de « précarité ».

A partir des données de l'enquête sur la santé et la protection sociale de 2008, l'IRDES a évalué le taux de non-recours au médecin et au dentiste en fonction d'une mesure de la précarité sociale décrite plus haut : le score « Epices ».

Le non-recours correspond ici à l'absence de consultation au cours des 12 derniers mois.

On observe ainsi une augmentation du taux de non-recours aux consultations (médicales ou dentaires) en fonction du score Epices. Les taux de non-recours au dentiste sont globalement supérieurs à ceux du non-recours au médecin mais l'écart entre les moins précaires et les plus précaires est nettement plus important pour le non-recours au dentiste.

Graphique 19

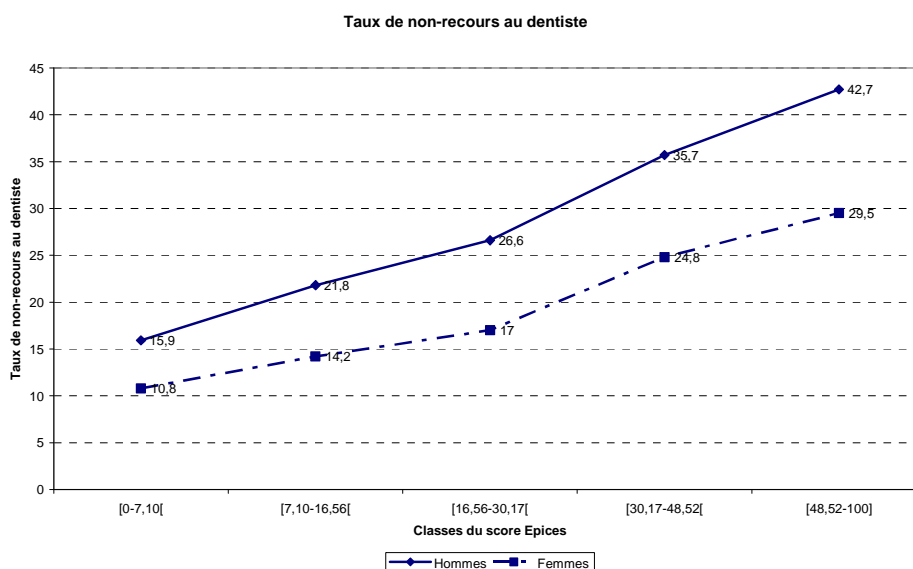


Source : IRDES, enquête SPS 2008

Ainsi, pour les hommes, le taux de non-recours au médecin augmente avec le niveau de précarité : il est de 13,4% pour les personnes présentant une absence de précarité et de 21,4% pour ceux présentant une précarité très importante (1,6 fois plus important).

Pour le non-recours au dentiste, le constat est le même allant de 15,9% pour les moins précaires à 42,7% chez les plus précaires (2,7 fois plus important).

Graphique 20



Source : IRDES, enquête SPS 2008

Pour les femmes, le taux de non-recours au médecin augmente de 3,4% pour les moins précaires à 7,9% pour les plus précaires (2,3 fois plus important). S'agissant du non-recours au dentiste les taux vont de 10,8% à 29,5% (2,7 fois plus important).

Au total, le non-recours au médecin est moins important que celui au dentiste quel que soit le sexe. De plus, quel que soit le professionnel de santé, les femmes présentent un non-recours inférieur à celui des hommes.

La proportion de femmes qui ne vont pas voir de médecin dans l'année est plus faible que celle des hommes quel que soit le niveau de précarité, mais – et ce point marque une singularité par rapport aux constats généraux les plus courants en matière d'inégalités de santé - les inégalités de non recours entre femmes sont plus importantes que celles entre hommes.

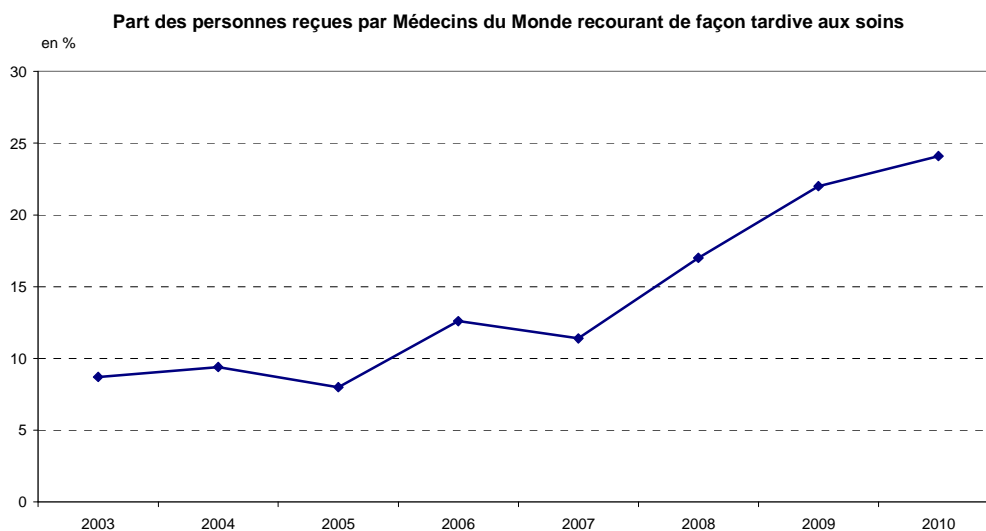
c) Le non-recours aux soins des personnes en très grande précarité.

A partir des données de l'Observatoire de Médecins du monde portant sur son activité en France, Médecins du Monde analyse l'accès aux soins des migrants en situation précaire³⁸. Ces personnes se caractérisent par la grande faiblesse des ressources, l'absence ou la précarité du logement et une situation administrative précaire. Parmi eux on compte 92 % d'étrangers et 12 % de mineurs.

Pour 45 % des consultations où un diagnostic a été posé, les patients nécessitaient une prise en charge d'au moins six mois (grossesses, hypertension artérielle, diabète, syndromes dépressifs).

³⁸ Dans son étude, Médecins du monde rend également compte de la situation particulièrement difficile des enfants de Mayotte, 101^{ème} département français depuis avril 2011. A partir de données portant sur l'activité de son centre pédiatrique ouvert dans la capitale, Médecins du monde indique qu'un tiers des enfants présentaient un retard de recours aux soins alors qu'ils étaient touchés par les pathologies liées à la précarité des conditions de vie et au contexte épidémiologique de l'île (paludisme, lèpre endémique, dengue).

Parmi les personnes reçues par Médecins du monde, une part de plus en plus importante recourait de façon tardive aux soins. En 2010, près d'un quart des patients reçus dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du monde était dans ce cas.



Source : Médecins du monde, rapport 2011

Les trois quarts des personnes relevaient théoriquement d'un dispositif d'assurance maladie (AME, régime de base de l'Assurance maladie avec CMU-C ou non). Cependant, l'immense majorité d'entre elles (82 %) n'avaient de fait pas de couverture maladie.

Des obstacles à l'accès aux soins sont cités par plus de la moitié des personnes ayant consulté. Les raisons invoquées le plus fréquemment sont la méconnaissance des droits (27 %), la barrière linguistique (26 %) et les difficultés administratives (24 %). Les obstacles financiers étaient cités par une petite minorité de personnes (7 %).

V. Le lien à explorer entre inégalités territoriales de santé et inégalités sociales de santé

Les inégalités territoriales de santé, définies comme des différences d'état de santé observées entre différents territoires (régions, départements,...), posent des questions très proches dans leur principe de celles que posent inégalités sociales de santé.

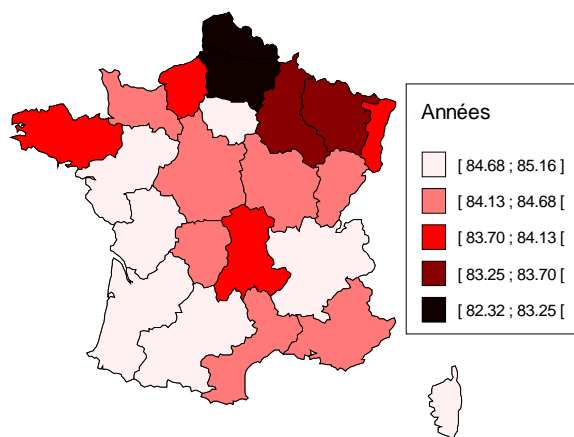
En effet, au-delà du constat qui peut porter, par exemple, sur des différences de taux de mortalité et morbidité (synthétisés dans les indicateurs d'espérance de vie et d'espérance de vie sans incapacités), ou sur des mesures plus fines de certaines pathologies, les inégalités territoriales soulèvent à peu près les mêmes questions de causalité (et « d'évitabilité ») que les inégalités sociales de santé.

Les cartes ci-dessous illustrent certaines inégalités territoriales de santé par les différences d'espérance de vie à la naissance des hommes et femmes entre les différentes régions françaises pour l'année 2009.

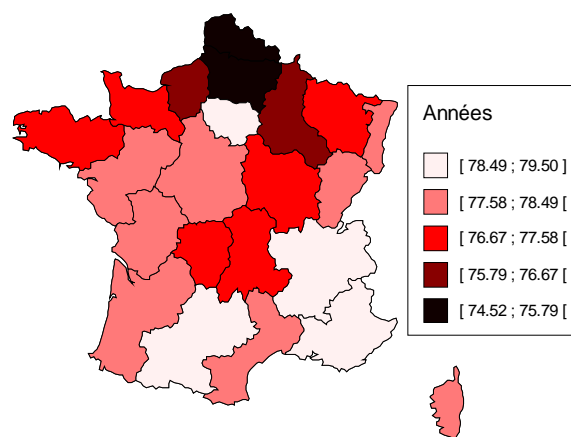
Ainsi, concernant les femmes, l'espérance de vie à la naissance varie de 82,3 ans en région Nord-Pas-de-Calais à 85,2 ans pour la région Pays de la Loire, soit un écart de près de 3 ans. Concernant les hommes, l'espérance de vie à la naissance varie de 74,5 ans en région Nord-Pas-de-Calais à 79,5 ans pour la région Ile-de-France, soit un écart de 4 ans.

Graphique 21

Espérance de vie des femmes à la naissance selon la région



Espérance de vie des hommes à la naissance selon la région



Note de lecture : plus la zone est foncée, plus l'espérance de vie est faible.

Source : Insee, Etat civil

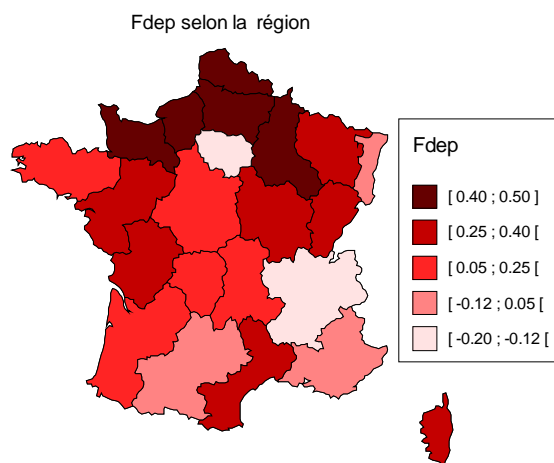
Compte tenu des inégalités socio-économiques entre territoires, il est clair que ces inégalités territoriales de santé peuvent être, au moins en partie, le reflet d'inégalités sociales de santé.

Une étude récente a permis de quantifier en partie cette hypothèse³⁹. Elle repose sur un Indice de désavantage social, le « FDep99 », construit à l'échelle des communes, des cantons et des régions en utilisant les données de l'INSEE.

Quatre variables ont été retenues : le revenu médian par ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. L'indice FDep99 a été défini comme la première composante de l'analyse en composante principale de ces quatre variables. L'indice a tout d'abord été calculé à l'échelle des communes, puis a été agrégé aux échelles des cantons et des régions en calculant la moyenne pondérée par les populations des communes.

La distribution régionale en France du FDep99 est la suivante :

Graphique 22



Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

Plus le FDep99 est élevé, plus le désavantage social est important. Ainsi les régions au plus fort désavantage social ($FDep99 > 0,4$) sont : Champagne-Ardenne, Picardie, Haute-Normandie, Basse-Normandie et Nord-Pas-de-Calais ; les régions présentant le plus faible désavantage social ($FDep99 < - 0,12$) sont : Ile-de-France et Rhône-Alpes.

On peut donc observer une relative superposition de la carte de France régionalisée du FDep99 et de l'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes. Grossièrement, plus l'indice est élevé, à savoir plus le désavantage social est important, moins l'espérance de vie est élevée.

³⁹ Etude parue dans le numéro thématique du BEH déjà cité sur les inégalités sociales de santé : « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. ».

Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent une association entre FDep99 et la mortalité toutes causes, quel que soit le contexte (rural ou urbain) ou la région, illustrant le caractère discriminant de cet indice sur l'ensemble du territoire. Cette association est observée pour la plupart des causes de décès, comme le montre le tableau ci-dessous. Le différentiel de mortalité entre les communes les plus défavorisées et communes les plus favorisées est le plus fort pour les morts violentes (+50%), les troubles mentaux et les maladies de l'appareil digestif (+48%), les maladies endocriniennes (+42%).

Tableau 18

Différentiel de mortalité selon l'indice FDep99 à l'échelle des communes, par cause de décès et par sexe

	Total %	SMR _{Q5} /SMR _{Q1}		
		Ensemble % [IC 95%]	Hommes % [IC 95%]	Femmes % [IC 95%]
1. Maladies infectieuses	1,7	1,01 [0,98;1,04]	0,98 [0,94;1,02]	1,05 [1,00;1,09]
2. Cancers	27,9	1,16 [1,15;1,17]	1,26 [1,25;1,27]	1,02 [1,01;1,03]
3. Maladies du sang	0,5	1,19 [1,13;1,26]	1,20 [1,11;1,31]	1,19 [1,10;1,28]
4. Maladies endocriniennes	3,2	1,42 [1,39;1,46]	1,46 [1,41;1,51]	1,40 [1,36;1,44]
5. Troubles mentaux	3,0	1,48 [1,45;1,52]	1,68 [1,62;1,74]	1,37 [1,33;1,41]
6. Système nerveux	3,3	1,08 [1,06;1,11]	1,14 [1,10;1,18]	1,04 [1,01;1,07]
7. Maladies cardiovasculaires	30,9	1,31 [1,30;1,32]	1,36 [1,35;1,38]	1,27 [1,26;1,29]
8. Appareil respiratoire	7,5	1,34 [1,32;1,36]	1,48 [1,45;1,51]	1,22 [1,19;1,24]
9. Appareil digestif	4,7	1,48 [1,46;1,51]	1,63 [1,59;1,67]	1,34 [1,30;1,38]
10. Maladie de la peau	0,5	1,33 [1,25;1,41]	1,36 [1,22;1,52]	1,31 [1,22;1,41]
11. Système ostéo-articulaire et muscle	0,6	1,14 [1,08;1,20]	1,19 [1,09;1,30]	1,12 [1,05;1,19]
12. Appareil génito-urinaire	1,4	1,18 [1,14;1,22]	1,21 [1,16;1,27]	1,15 [1,10;1,21]
13. Complications de grossesse, accouchement	0,0	1,60 [1,15;2,23]		1,60 [1,15;2,23]
14. Infections périnatales	0,3	1,11 [1,03;1,19]	1,10 [1,00;1,22]	1,11 [0,99;1,24]
15. Malformations congénitales	0,3	1,29 [1,20;1,39]	1,30 [1,18;1,44]	1,28 [1,15;1,42]
16. États morbides mal définis	6,3	0,86 [0,85;0,88]	0,83 [0,81;0,85]	0,89 [0,87;0,91]
17. Morts violentes	8,0	1,50 [1,47;1,52]	1,67 [1,64;1,71]	1,27 [1,25;1,30]
Toutes causes	100,0	1,27 [1,26;1,28]	1,33 [1,32;1,34]	1,18 [1,17;1,19]

FDep99 = première composante d'une analyse en composante principale à l'échelle des communes des variables : revenu médian, pourcentage d'ouvriers, pourcentage de bacheliers et taux de chômage.
 Pourcentage (%) total : pourcentage du total de la mortalité.
 SMR : ratio de mortalité standardisé sur la période 1997-2001.
 SMR_{Q5}/SMR_{Q1} : ratio du SMR des communes dont l'indice est supérieur au 4^{ème} quintile et du SMR des communes dont l'indice est inférieur au premier quintile.

Source : InVS – BEH du 8 mars 2011 – Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008

Ainsi, la prise en compte de facteurs socioéconomiques dans des analyses territoriales d'inégalités de santé apparaît tout à fait fondamentale : les inégalités territoriales de santé sont en partie la traduction de l'impact des inégalités sociales sur les inégalités de santé.

Toutefois, comme toujours, ce lien n'a pas valeur de règle. Il existe des inégalités de santé entre territoires qui résistent à l'explication par les inégalités socio-économiques⁴⁰.

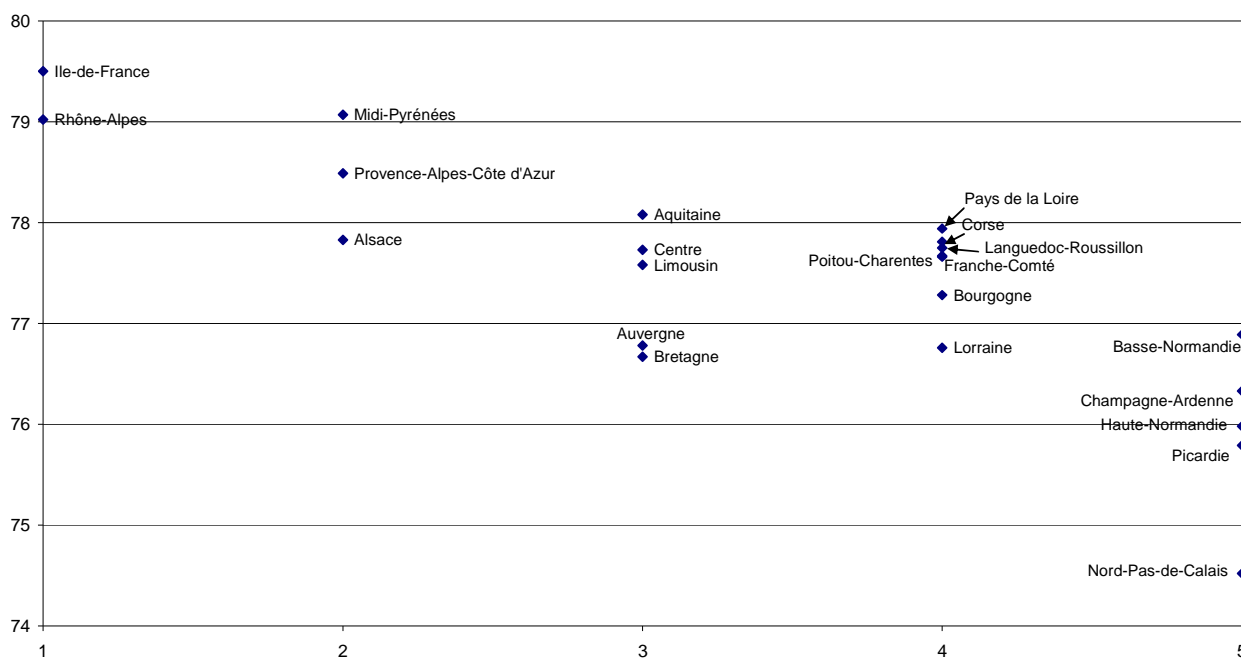
On constate en effet qu'il n'existe pas une superposition parfaite de ces deux types de cartes. Des régions proches par leurs indicateurs socio-économiques peuvent être dans des situations assez contrastées en termes d'indicateurs de mortalité.

Ainsi, le graphe ci-dessous, qui présente l'espérance de vie à la naissance des hommes en fonction de l'indice Fdep de leur région de résidence, montre à la fois :

- la corrélation globale entre les deux variables
- et le fait que, malgré cela, un même niveau de désavantage social peut être associé à des niveaux d'espérance de vie très divers.

Graphique 23

Espérance de vie des hommes à la naissance en fonction de la classe de Fdep de leur région de résidence



En axe vertical : espérance de vie à la naissance

En axe horizontal : valeur du Fdep (élevé pour les régions à fort « désavantage social »)

Source : INSEE, BEH

Ainsi que le note le projet régional de santé du Nord – Pas de Calais, « Des régions dont les indicateurs sociaux sont comparables à ceux du Nord Pas de Calais, comme le Languedoc Roussillon, ont pour autant des indicateurs sanitaires proches de la moyenne nationale ».

⁴⁰ L'étude de E. Vigneron sur la mortalité le long de la ligne de RER B (NFT 2010) montre aussi que les facteurs sociaux n'expliquaient pas l'ensemble des disparités territoriales des risques de décéder. Une fois neutralisés les effets de l'âge, du sexe et de la catégorie sociale, le risque de décéder est plus élevé autour du Blanc-Mesnil que dans le centre de Paris. Selon l'auteur, l'inégale offre de soins sur ces territoires expliquerait ces différences, avec d'autres facteurs tels que la pollution, le cadre de vie et le stress.

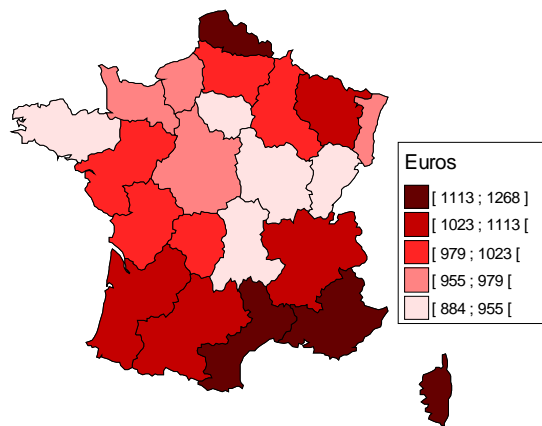
Par ailleurs, au sein d'une même région, des disparités infrarégionales importantes peuvent exister. Toujours selon ce projet, « *Les territoires affichent des chiffres également assez différents en termes de mortalité, de mortalité évitable et de morbidité : ainsi, toutes causes confondues, la mortalité sur le Hainaut est supérieure de huit points à celle de Métropole-Flandre Intérieure.* »

Il est par ailleurs intéressant de constater que, *tout comme les inégalités sociales de santé ne peuvent pas s'expliquer par les seules inégalités financières ou d'accès aux soins (il est même possible, on l'a vu, que cette explication soit nettement secondaire), les inégalités territoriales de santé ne peuvent pas s'expliquer simplement par la disponibilité des équipements ou d'accès à un certain niveau de consommation de soins.*

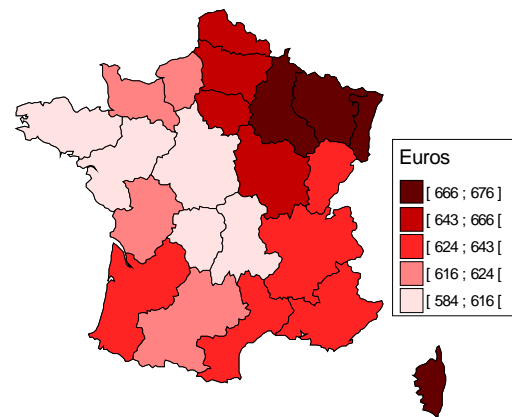
Les cartes de France suivantes représentent ainsi, pour chaque région, la consommation de soins (totale, ville et hôpital) standardisée par l'âge, le sexe et l'état de santé de la population approché par l'indicateur comparatif de mortalité et la proportion de personnes en affection de longue durée pondérée par les coûts de chaque ALD. Ces données sont issues des comptes de la santé 2008.

Graphique 24

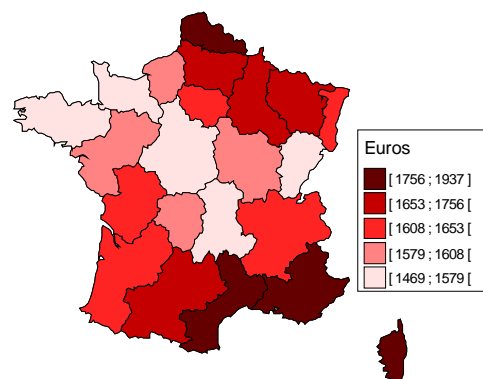
Consommation standardisée de soins de ville par habitant (2008)



Consommation standardisée de soins hospitaliers par habitant (2008)



Consommation standardisée de soins (ville+hôpital) par habitant (2008)



Source : données CNAMTS, SNIIRAM et PMSI ; calculs CNAMTS et DREES. Comptes de la santé 2008.

Ces consommations de soins standardisées par l'âge, le sexe et l'état de santé de la population permettent ainsi de mettre en évidence la « sur » ou « sous »-consommation relative de soins entre régions.

Or on observe que des régions comme le Nord-Pas-de-Calais ou le Languedoc-Roussillon, qui présentent d'assez mauvais indices de « désavantage social », ont en revanche un niveau global de consommation de soins important par rapport au reste de la France (à âge, sexe et état de santé donnés).

Le projet régional de santé Nord-Pas de Calais en tire les conclusions suivantes : « *le Nord Pas-de-Calais est la région de France où l'espérance de vie est la plus faible et également celle où les écarts entre hommes et femmes sont les plus importants : 74,2 ans pour les hommes (versus 77,5) et 82,2 pour les femmes (versus 84,3).* » « *On ne peut imputer cette situation à une sous consommation de soins, ni pour l'essentiel, à une insuffisance de l'offre de soins. Au contraire, la région se caractérise également par une consommation de soins par habitant supérieure à la moyenne nationale. En réalité, ce n'est pas l'insuffisance de soins qui explique les mauvais indicateurs sanitaires, ce sont les mauvais indicateurs sanitaires qui expliquent une consommation plus importante de soins.* »

VI. Comparaisons internationales sur les inégalités sociales de santé.

Les données présentées ci-dessous, provenant d'une étude internationale de 2008 sur les inégalités sociales de santé dans 22 pays européens⁴¹, montrent que les différences sociales de mortalité sont importantes en France en comparaison des autres pays d'Europe de l'Ouest.

D'autres études internationales abordent une problématique, connexe mais différente : il s'agit du lien entre le niveau d'inégalité économique et sociale prévalant dans un pays et l'état de santé global de sa population⁴².

VI. 1/ Les inégalités face à la mort, à la maladie ou aux facteurs de risque

Les comparaisons internationales d'inégalités sociales de santé sont à l'heure actuelle à chercher dans des articles ou des études particulières.

L'OCDE ne fournit aucun indicateur de ce type dans les statistiques effectuées en routine par l'organisme.

Et dans le rapport annuel de l'OMS « Statistiques sanitaires mondiales », il n'existe qu'un seul indicateur que l'on retrouve dans le sous-chapitre « Inéquités en matière de santé » : le taux de mortalité des moins de 5 ans par lieu de résidence, quintile de richesse et niveau d'éducation de la mère. Mais cet indicateur n'est – curieusement - pas renseigné pour la France.

a) Comparaison des inégalités sociales de mortalité.

L'étude de 2008 sur les inégalités sociales de santé dans 22 pays européens donne des éléments comparatifs s'agissant de la comparaison entre pays des inégalités relatives du taux de mortalité toutes causes confondues en fonction du niveau d'éducation chez les hommes et chez les femmes et en fonction de la catégorie sociale chez les hommes :

Comparaison entre pays des inégalités relatives du taux de mortalité toutes causes confondues en fonction du niveau d'éducation chez les hommes et les femmes :

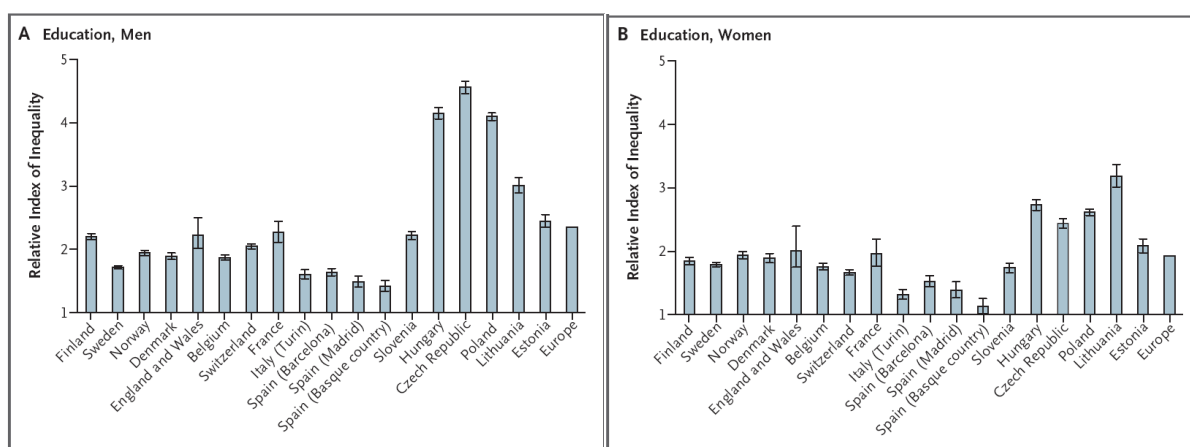
Sur cet indicateur de mortalité, la France se caractérise par un indice d'inégalités (*IRI, voir définition en partie II.3*) parmi les plus élevés par rapport aux pays d'Europe de l'Ouest.

⁴¹ *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al. for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, N Engl J Med 2008;358:2468-81. Les données concernant la France sont issues des bases de données de l'IRDES de 2004.

⁴² « *L'égalité c'est la santé* », R. Wilkinson, Demopolis, 2010

Graphique 25

Indice relatif d'inégalité selon le niveau d'éducation



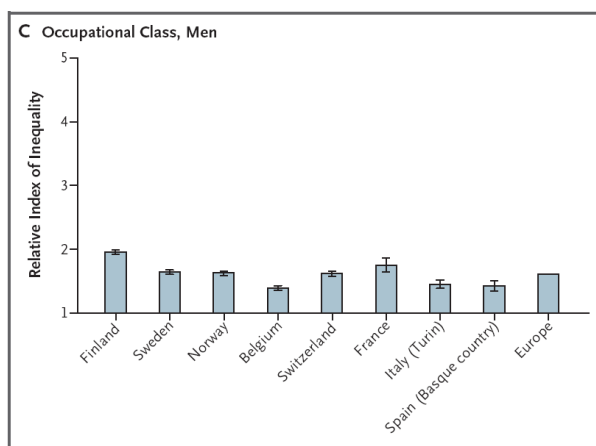
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

Comparaison entre pays des inégalités relatives du taux de mortalité toutes causes confondues en fonction de la catégorie sociale chez les hommes :

Les inégalités de mortalité selon la catégorie sociale placent également la France dans une situation peu favorable relativement à d'autres pays européens comparables⁴³.

Graphique 26

Indice relatif d'inégalité selon la catégorie sociale



Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

b) Comparaisons d'inégalités sociales de mauvaise santé

La même étude donne des éléments comparatifs s'agissant des inégalités concernant la prévalence de la « mauvaise santé perçue » en fonction du niveau d'études et du revenu chez les hommes et chez les femmes, ainsi que sur celles relatives à la « prévalence de l'obésité et du tabagisme » en fonction du niveau d'études chez les hommes et chez les femmes.

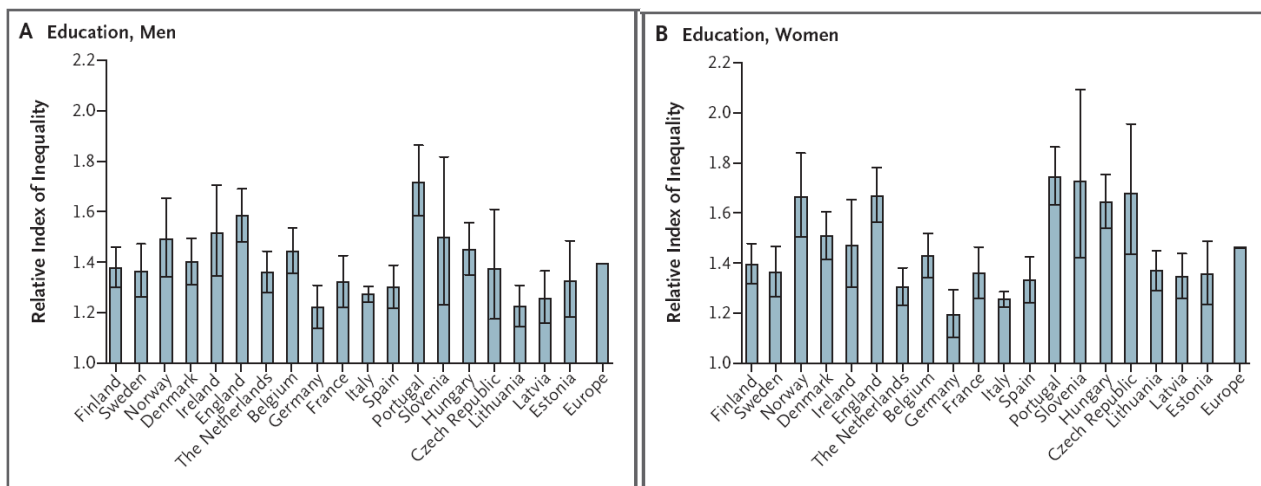
⁴³ Dans cette étude, la catégorie sociale est approchée par la distinction de l'activité professionnelle entre travail manuel et travail non manuel. C'est l'approche classiquement retenue dans les publications internationales.

Inégalités concernant la mauvaise santé perçue en fonction du niveau d'études :

La France occupe une position intermédiaire, avec un indice relatif d'inégalités proche de la moyenne européenne.

Graphique 27

Indice relatif d'inégalité selon le niveau d'étude



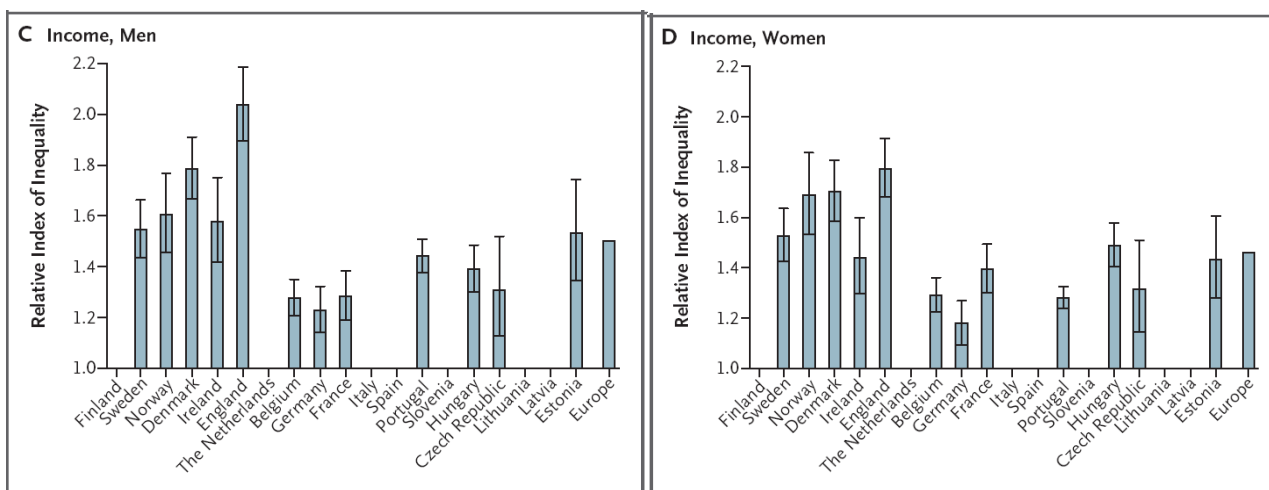
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

Inégalités concernant la mauvaise santé perçue en fonction du niveau de revenu :

La France occupe en revanche une position plus favorable, surtout pour les hommes, quand c'est le niveau de revenu qui est retenu comme variable.

Graphique 28

Indice relatif d'inégalité selon le revenu



Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

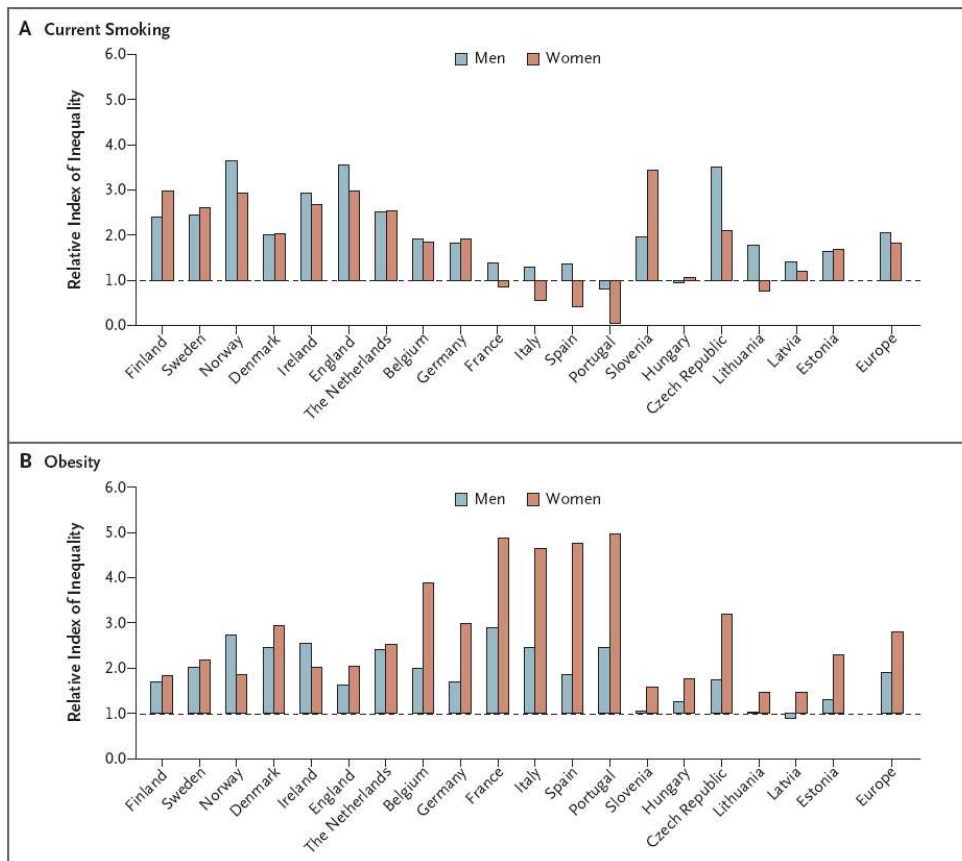
c) Comparaison d'inégalités sociales sur les facteurs de risque : prévalence de l'obésité et du tabagisme en fonction du revenu :

S'agissant du tabagisme, selon la même étude, il y a moins de différences entre catégories sociales en France que dans les autres pays européens.

En ce qui concerne l'obésité, l'inégalité est forte pour les femmes françaises : les différences sociales sont nettement plus importantes que dans les autres pays.

Graphique 29

Facteurs de risque



Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

VI. 2/ Les indicateurs d'inégalités dans l'accès à la prévention et aux soins

L'OMS et l'OCDE utilisent des indicateurs d'inégalités relatifs au système de soins et concernant le parcours de soins.

Dans le rapport annuel de l'OMS « Statistiques sanitaires mondiales », deux indicateurs d'inégalité d'accès au système de soins sont présentés (sous-chapitre « Inéquités en matière de santé ») :

- Proportion de naissances assistées par du personnel de santé qualifié par lieu de résidence, quintile de richesse et niveau d'éducation de la mère,
- Couverture par la vaccination antirougeole chez les enfants d'un an par lieu de résidence, quintile de richesse et niveau d'éducation de la mère.

Cependant, là encore, les données concernant la France y sont absentes.

Les informations qui suivent sont extraites d'un document de travail de l'OCDE du 4 novembre 2011 intitulé *Measuring and explaining disparities in health care utilisation* portant sur différents indicateurs d'égalité d'accès aux soins cliniques ou de prévention en fonction de la situation économique et sociale.

Les données françaises y sont issues de l'enquête SPS de 2008.

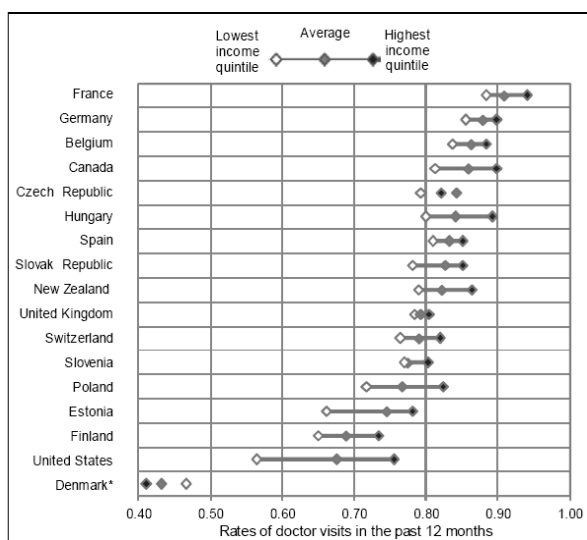
a) Probabilité ajustée au besoin⁴⁴ d'avoir eu une consultation chez un médecin dans les 12 derniers mois par quintile de revenu :

La France apparaît comme bien positionnée.

Les Français ont en moyenne près d'une visite par an chez le médecin, ce qui est la moyenne la plus élevée de tous les pays comparés de l'OCDE, les écarts en fonction du niveau de revenu étant faibles (figure suivante, tous médecins confondus).

Graphique 30

Probabilité ajustée selon les besoins d'avoir eu une consultation médicale au cours des 12 derniers mois par quintile de revenu



Note: (*) in the past 3 months in Denmark.

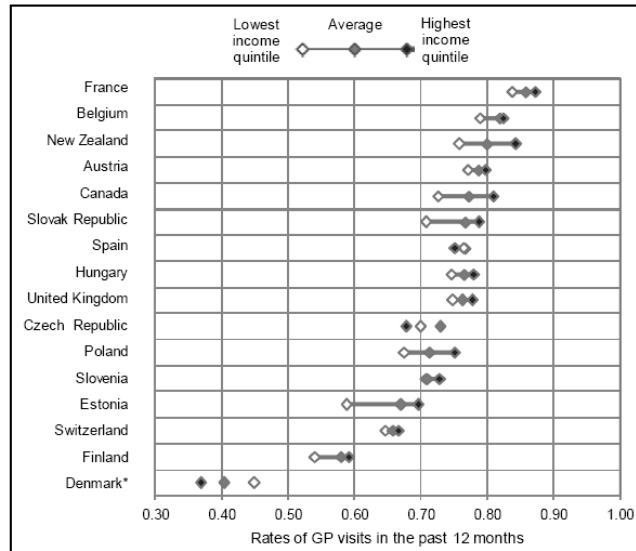
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

Cette bonne situation de la France vis-à-vis des autres pays reflète la situation relative aux visites au médecin généraliste : accès plus élevé qu'ailleurs et peu variable selon le revenu (figure 3).

⁴⁴ L'étude en question « ajuste » en effet le besoin de soins en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé perçu et du degré de limitation fonctionnelle.

Graphique 31

Probabilité ajustée selon les besoins d'avoir eu une consultation chez un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois par quintile de revenu



Note: (*) visits in the past 3 months in Denmark.

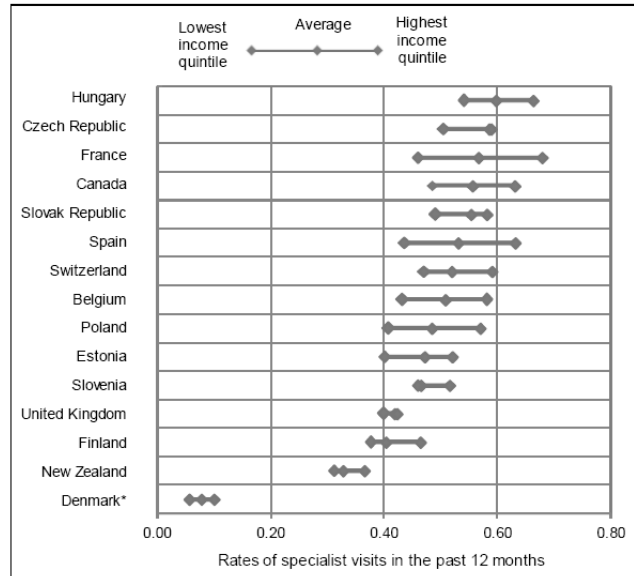
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

b) Probabilité ajustée au besoin d'avoir eu une consultation chez un médecin spécialiste dans les 12 derniers mois par quintile de revenu :

La France fait partie des pays où le recours à un spécialiste est le plus élevé (0,6 visite par an par personne) mais où la différence d'accès selon le revenu est la plus élevée, marquant ainsi une nette inégalité dans le recours.

Graphique 32

Probabilité ajustée selon les besoins d'avoir eu une consultation chez un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois par quintile de revenu



Note: (*) visits in the past 3 months in Denmark.

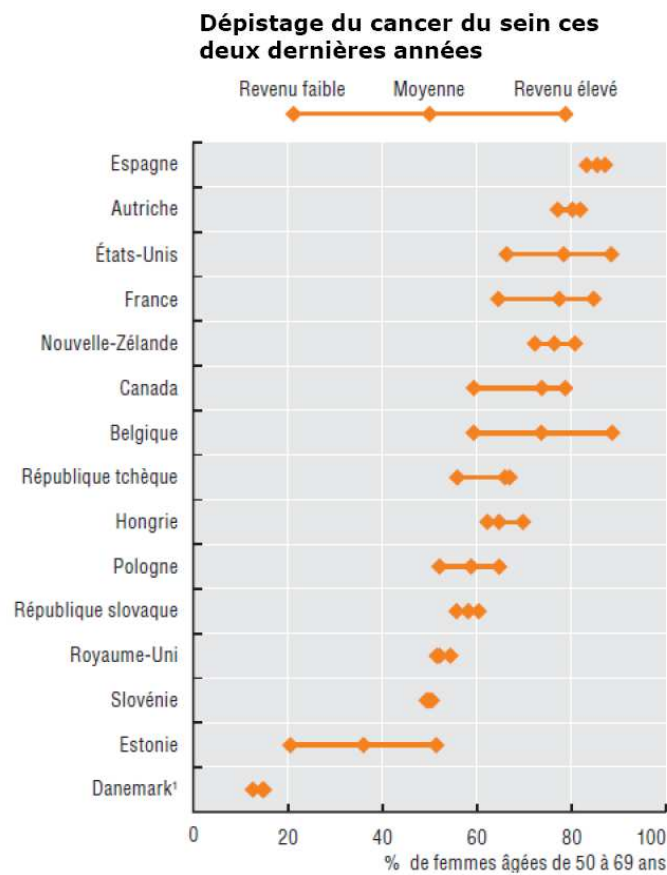
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

c) Probabilité ajustée au besoin d'avoir eu un dépistage du cancer du sein dans les deux dernières années par quintile de revenu :

Là encore, la France fait partie des pays où la probabilité moyenne de dépistage du cancer du sein est la plus élevée mais où il existe une nette différence d'accès entre le premier et le dernier quintile.

L'inégalité dans le recours est en quelque sorte « rattrapée » par le haut niveau de recours.

Graphique 33



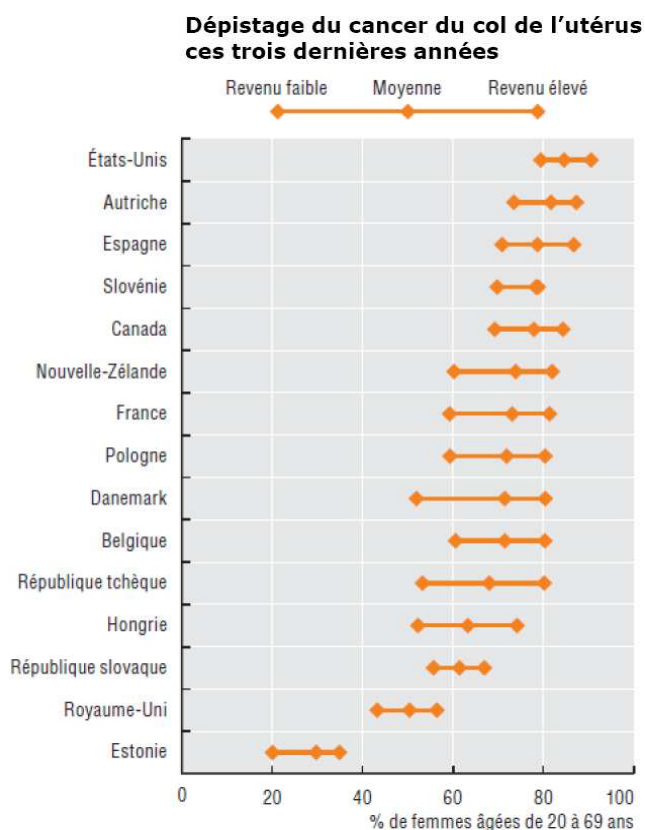
Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

d) Probabilité ajustée au besoin d'avoir eu un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois dernières années par quintile de revenu :

L'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus est en France dans la moyenne des pays de l'OCDE.

On constate que, pour cet examen, l'écart sensible de recours entre les niveaux de revenus est une donnée assez générale, la France se situant plutôt dans la moyenne haute.

Graphique 34



Source : *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries*, Johan P. Mackenbach et al.

Eléments bibliographiques

Rapport du HCSP de 2009 « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité »

Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.

Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.

IGAS (MOLEUX Marguerite, SCHAETZEL Françoise, SCOTTON Claire), *Inégalités sociales de santé. Déterminants sociaux et modèles d'action*, 2011

L'état de santé de la population en France, rapport 2011, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, DREES

Grignon M, Couffinhal A, Dourgnon P, Jusot F, Naudin F. Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé. Paris, IRDES, 2004

Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T (dir). Les inégalités sociales de santé. Collection « Recherches ». Paris: Editions La Découverte/INSERM, 2000.

Organisation mondiale de la santé. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (résumé). 2008.

Measuring and explaining disparities in health care utilisation, Document de travail, OCDE, 4 novembre 2011.

« Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif », F. Jusot et al. *Questions d'économie de la Santé*, n°125 – Septembre 2007.

« La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°161, janvier 2011

« Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents », Marion Devaux, Florence Jusot, Alain Trannoy, Sandy Tubeuf, IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°118, février 2007

« Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », Damien Bricard, Florence Jusot, Sandy Tubeuf, IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°154, mai 2010

« Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Caroline Després, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot, IRDES – LEDA-LEGOS, *Questions d'économie de la santé* n°169, octobre 2011.

« Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », A. Couffinhal et al., IRDES, Questions d'économie de la santé n°92, février 2005

« Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens », rapport pour le Fonds CMU, Desprès C., Guillaume S., Couralet P.E., 2009.

« Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°8-9, 8 mars 2011

« Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », Menvielle G., Leclerc A, Chastang J.-F., Luce D., Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°33, 2008.

« Les déterminants individuels des dépenses de santé », DREES, Etudes et Résultats n°182, juillet 2002

« Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, Etudes et Résultats n°378, février 2005

« Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population – Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008 », DREES, Etudes et Résultats n°793, mars 2012

« Santé et recours aux soins des femmes et des hommes – premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », DREES, Etudes et Résultats n°717, février 2010

« La 'double peine' des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », E. Cambois et al., INED, Population et Sociétés n°441, Janvier 2008

« L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », N. Blanpain, INSEE Première n°1372, octobre 2011

« Accès au système de soins et inégalités sociales de santé ; que sait-on de l'accès secondaire ? » Lombraïl, Pascal et Lang. Santé, société, solidarité 2004 ; 2 : 61-71.

Or Zeynepet al., « Inégalités de recours aux soins en Europe » Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ?, *Revue économique*, 2009/2 Vol. 60, p. 521-543. DOI : 10.3917/reco.602.0521

« Social inequalities in mortality by cause among men and women in France », Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Jean-François Chastang, Gwenn Menvielle, Anette Leclerc, Daniele Luce and EDISC group, *J Epidemiol Community Health*. 2009 March ; 63(3): 197-202. doi:10.1136/jech.2008.078923.

« Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries », Johan P. Mackenbach et al. for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, *N Engl J Med* 2008;358:2468-81

« L'égalité c'est la santé », R. Wilkinson, Demopolis, 2010

« The Spirit Level :Why Equality is Better for Everyone », R. Wilkinson and K. Pickett, Penguin, 2009

Thierry Lang, Monique Kaminski, Annette Leclerc. Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health: a French perspective. *European Journal of Public Health* 2009

« Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer », Gwenn Menvielle, Danièle Luce, Paquerette Goldberg and Annette Leclerc, *International Journal of Epidemiology* 2004;33:799–806

« Inégalités de santé selon l'âge », A. Montaut, N. De Riccardis, Inégalités de santé selon l'âge, ADSP, n°73, décembre 2010

« Les déterminants individuels des dépenses de santé : L'influence de la catégorie sociale et l'assurance maladie complémentaire », D. Raynaud, Etudes et Résultats, DREES, n° 378, février 2005.

« Les inégalités de santé dans les territoires français : Etat des lieux et voies de progrès », E. Vigneron, 2011