

# Les différences d'état de santé en France : inégalités des chances ou récompense de l'effort?

**Florence JUSOT**

LEDa-LEGOS-Université Paris-Dauphine, IRDES

**Alain TRANNOY**

EHESS-IDEP-GREQAM, Marseille

**Sandy TUBEUF**

Academic Unit of Health Economics, University of Leeds

# L'équité en santé, un objectif reconnu de santé publique depuis longtemps

- Constitution de l'OMS de 1946 :
  - La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité.
  - La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre comme un droit fondamental de tout être humain.
- Principe de Santé pour tous de l'OMS (1977)
  - Permettre à tous les citoyens du monde de jouir, à l'horizon 2000, d'un niveau de santé qui leur permettrait de mener une vie socialement active et économiquement productive.
- Politique-cadre de la « Santé pour tous » de la Région européenne de l'OMS (1985) :
  - Réduire à l'horizon 2000 de 20% les différences d'état de santé entre groupe dans les pays

# L'équité en santé, un objectif de santé publique récemment réaffirmé

- Commission des déterminants sociaux de l'OMS « Réduire le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé » (2008)
  - Un constat : les inégalités sociales de santé sont importantes, évitables et injustes
  - Trois recommandations principales :
    - Améliorer les conditions de vie et d'accès aux soins
    - Lutter contre l'inégalité de répartition des ressources, de l'emploi, du pouvoir
    - Mesurer le problème, l'analyser et mesurer l'efficacité de l'action

# L'équité en santé, un objectif de santé publique récemment réaffirmé

- Groupe de travail du Haut conseil de santé publique « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » (2009)
  - Constat de l'aggravation des inégalités sociales face à la santé
  - Constat des causes multiples des inégalités sociales de santé
  - Manque d'information et d'évaluation des inégalités et des politiques à mettre en œuvre pour les réduire
- Colloque international « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé le 11 janvier 2010 par la DGS et l'IRESP, où dans son discours de clôture, Roselyne Bachelot-Narquin a annoncé :
  - La réduction des inégalités de santé sera inscrite dans les objectifs de la prochaine loi de santé publique
  - Cet objectif est déjà inscrit dans le plan cancer et dans le plan santé environnement et sera intégré dans toutes les politiques
  - Besoin de poursuivre les recherches sur ce sujet

# Quel agenda pour atteindre l'objectif d'équité en santé ?

- Qu'est-ce que l'équité en santé ?
    - Que doit-on considérer comme des inégalités d'état de santé ?
    - Toutes les différences d'état de santé sont-elles injustes ? Jusqu'où souhaite-t-on les réduire ?
    - Comment mesurer les inégalités actuelles et l'objectif à atteindre ?
  - Comment atteindre l'équité en santé ?
    - Quels sont les mécanismes à l'œuvre ?
    - Quelles sont les politiques à mettre en place ?
-  L'objectif de cette recherche est de s'intéresser aux inégalités des chances en santé, qui constituent des inégalités injustes d'état de santé au regard des principes de justice sociale, en les quantifiant et en proposant des éléments d'explication pour fonder les politiques publiques

# Inégalités des chances

Selon de nombreux économistes et philosophes (Dworkin, Roemer, Fleurbaey), certaines inégalités sont plus inacceptables que d'autres.

Les inégalités liées à des déterminants relevant de la responsabilité individuelle, souvent appelés effort, sont considérées comme légitimes.

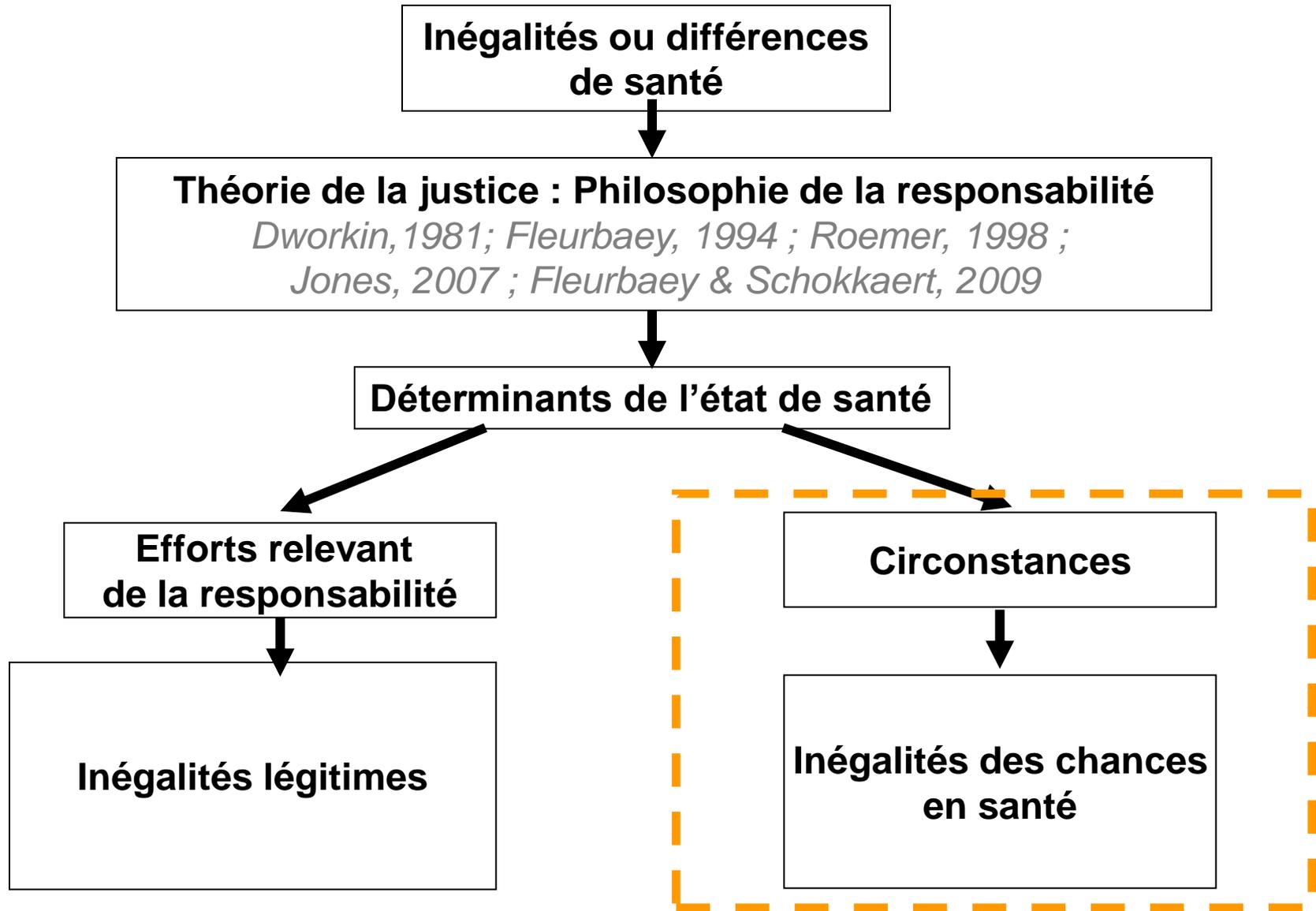
D'autres inégalités sont considérées comme illégitimes et sont reconnues comme des inégalités des chances.

Il s'agit des inégalités liées à des déterminants indépendants de la responsabilité individuelle, appelés circonstances.

La mise en place d'une politique d'égalité des chances implique donc de respecter deux principes :

- ➡ le principe de rémunération de l'effort (Principle of natural reward)
- ➡ le principe de compensation (Principle of compensation) pour les circonstances

# Inégalités de santé et inégalités des chances en santé, effort et circonstances



# Inégalités des chances en santé

La mise en place de politiques d'égalité des chances implique donc de savoir quelle est la contribution des circonstances et de l'effort aux inégalités.

Compte tenu de l'importance des inégalités de santé dans le débat public, ce projet de recherche propose donc :

➔ d'identifier l'existence d'inégalités des chances en santé, c'est-à-dire de voir s'il existe des différences systématiques d'état de santé en fonction de déterminants de la santé qui sont totalement en dehors de la responsabilité individuelle

➔ d'identifier l'existence de différences d'état de santé en fonction de l'effort réalisé par les individus

➔ de mesurer la contribution de l'effort et des circonstances aux inégalités de santé en France, dans le but de quantifier les inégalités des chances en santé

# Circonstances

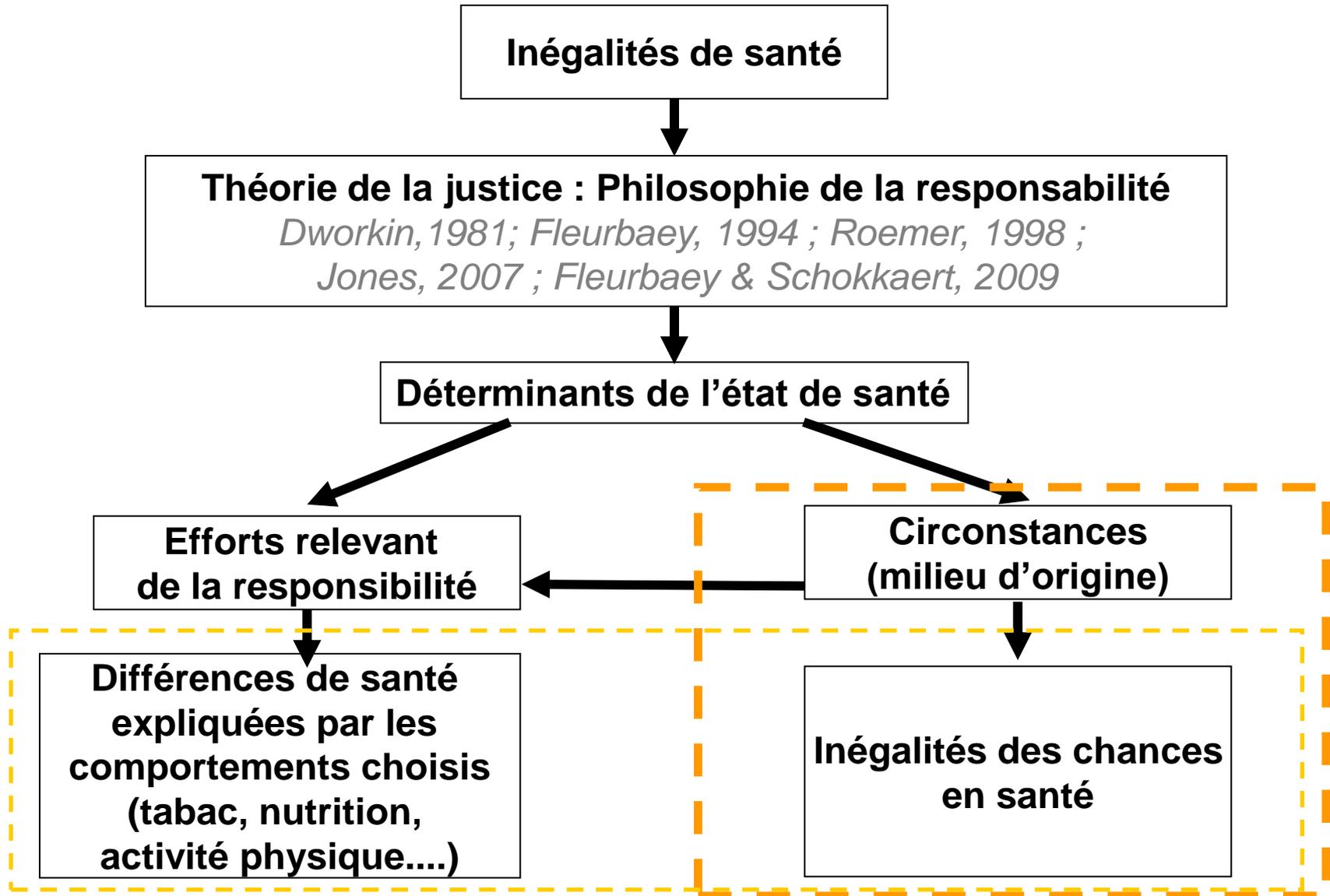
Identifier et quantifier les inégalités des chances en santé requiert d'identifier ce que sont les circonstances et l'effort en santé

- Or l'effort est difficile à mesurer car c'est une information privée
- Par contre, de nombreux travaux suggèrent deux types de circonstances pertinentes pour expliquer les différences d'état de santé à l'âge adulte :
  - le milieu social d'origine :
    - Impact direct des conditions de vie dans l'enfance sur la santé à l'âge adulte
    - Impact indirect à travers la détermination du milieu social du descendant
  - L'état de santé des parents :
    - Patrimoine génétique commun
    - Transmission des normes de comportements liés à la santé (soins, comportements à risque)

# Efforts

- Même si l'effort est en général difficile à observer, certains styles de vie sont souvent considérés comme des efforts d'investissement en santé : faire de l'exercice, avoir un régime équilibré, bien dormir, ne pas fumer, ne pas avoir une consommation excessive d'alcool
- Cependant ces comportements sont-ils totalement choisis ? Ne peut-on pas considérer qu'ils sont en partie transmis par les parents ?
- Il existe plusieurs débats dans la littérature sur ce qu'il convient de considérer comme des efforts :
  - Roemer : il ne faut récompenser que le vrai effort choisi par l'individu, (les enfants de fumeurs ne sont pas responsables d'être fumeur)
  - Barry : il faut récompenser tout l'effort réalisé par les descendants (on considère de manière identique les enfants de fumeurs et de non fumeurs)
  - Swift : il faut aller plus loin et récompenser les enfants de parents non fumeurs pour donner une incitation aux parents à investir dans la santé de leurs enfants

# Inégalités de santé et inégalités des chances en santé, effort et circonstances



# Déroulement du projet

- Etape 1 : identifier l'existence d'inégalités des chances en France et les quantifier (sans observer l'effort) :

Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M., "Inequality of opportunities in Health in France : A First Pass", Health Economics, DOI : 1002/hec.152

Cahiers de la Chaire Santé n°1 - Octobre 2009

- Etape 2 : identifier et quantifier les inégalités des chances en Europe :

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., (2009), "Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe", Retraite et Société, 58, 2 : 63-85.

- Etape 3 : mesurer la contribution respective des inégalités des chances et de la récompense de l'effort

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., "Effort or Circumstances: which one matters in health inequality?"

A paraître prochainement dans les Cahiers de la Chaire santé

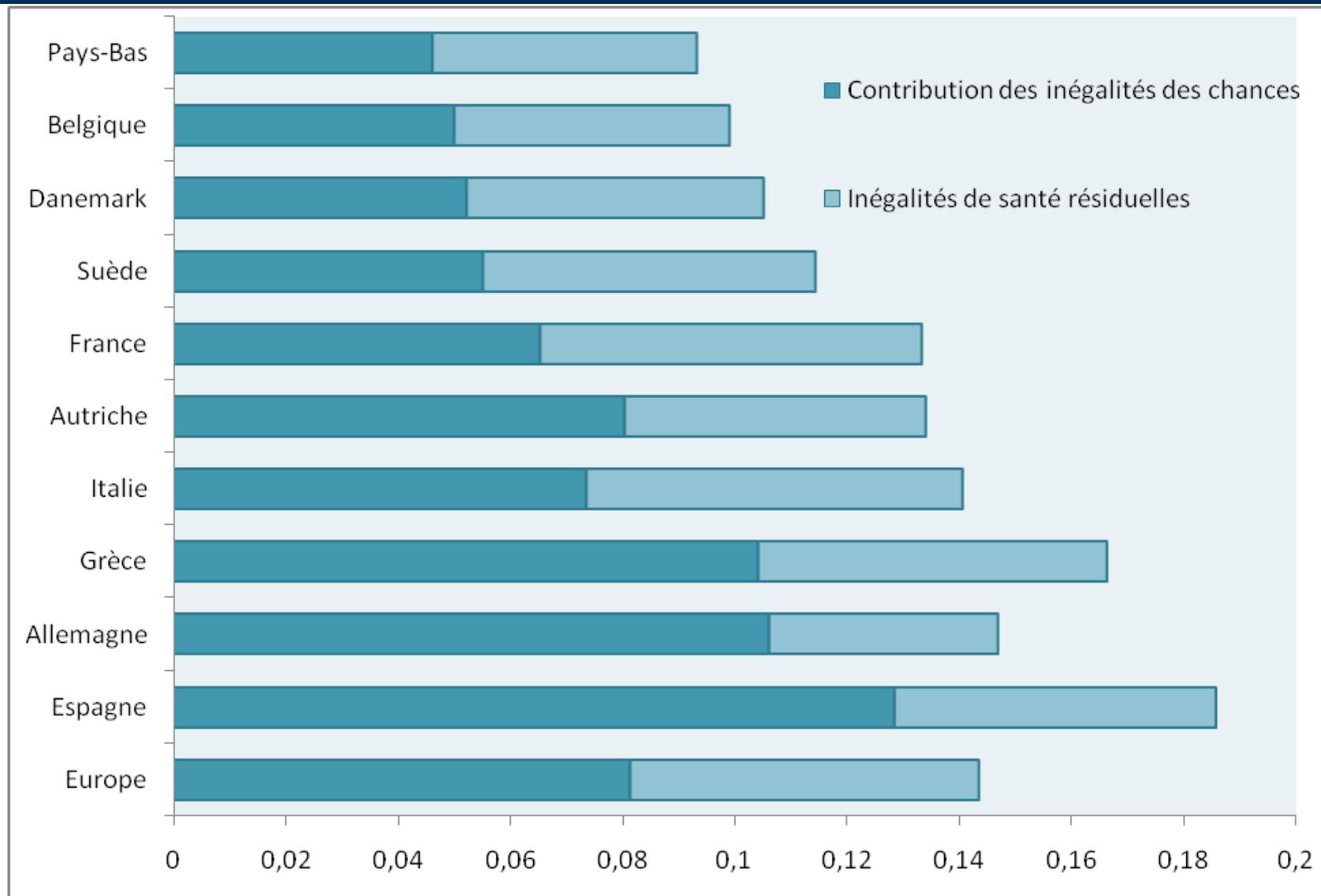
# Etapes 1 et 2

- **SHARE 2003:** *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*
- 10 pays: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas, Suède
- 23 236 individus, 49 ans et plus:
  - Etat de santé perçu “*Comment est votre état de santé général...*”: “*très bon*”, “*bon*”, “*moyen*”, “*mauvais*”, “*très mauvais*”
  - Dernière profession de la mère
  - Dernière profession du père
  - Statut vital de la mère / âge au décès
  - Statut vital du père / âge au décès
  - Education d’égø
  - Profession actuelle ou dernière profession d’égø

# Principaux résultats des étapes 1 et 2

- L'état de santé à l'âge adulte reste marqué par
  - la profession des parents
  - la longévité relative des parents
- Il existe donc des inégalités des chances en santé en France: un enfant de père cadre a par exemple deux fois plus de chance d'avoir un bon état de santé qu'un enfant de père ouvrier
- Ces inégalités des chances en santé sont dues :
  - À un effet direct de l'état de santé des parents et de la profession de la mère
  - À un effet principalement indirect de la profession du père qui a influence sur la profession du descendant, qui a à son tour une influence sur sa santé
- Ces inégalités des chances existent partout en Europe

# Contribution des inégalités des chances aux inégalités de santé



# Etape 3

- **ESPS 2006:** *Enquête Santé Protection sociale de l'IRDES*  
Nous avons conçu un module de questions afin d'avoir une description :
  - de l'effort en santé
  - des circonstances pouvant avoir un impact sur la santé
- 6074 individus (2485 hommes et 3589 femmes), 18 ans et plus:
  - Etat de santé perçu de ego
  - Effort d'ego : tabac, nutrition, obésité
  - Circonstances d'ego:
    - Profession du père ou de la mère à 12 ans
    - Education du père / de la mère
    - Situation financière et épisode de précarité dans l'enfance
    - Perception de l'état de santé de ses parents à 12 ans
    - Statut vital du père / âge au décès
    - Tabagisme et problème d'alcool des parents
    - Région de naissance

# Principaux résultats de l'étape 3

	<b>Contribution des circonstances aux inégalités de santé</b>	<b>Contribution des efforts aux inégalités de santé</b>	<b>Contribution de l'âge et du sexe aux inégalités de santé</b>	<b>Indice d'inégalités</b>
Scenario à la Barry	45.70%	6.71%	47.59%	0.435
Scenario à la Roemer	46.43%	6.14%	47.43%	0.435
Scenario à la Swift	44.54%	8.14%	47.32%	0.437

# Principaux résultats de l'étape 3

<b>Selon le type de circonstances considérées dans le modèle</b>	<b>Contribution des circonstances aux inégalités de santé</b>	<b>Contribution des efforts aux inégalités de santé</b>
3 circonstances uniquement	31 à 33 %	7 à 8 %
Etat de santé des parents uniquement	34 à 35%	8 à 9 %
Milieu social d'origine	23 à 25%	7 à 9 %
Circonstances du père	27 à 30 %	6 à 9 %
Circonstances de la mère	34 à 35 %	8 à 9%

# Principaux résultats de l'étape 3

- Existence d'inégalités des chances en santé selon :
  - le milieu social d'origine : profession, éducation, situation financière
  - la santé des parents (longévité des parents et santé perçue)
  - les comportements à risque des parents
- La contribution des inégalités des chances aux inégalités d'état de santé est très importante en comparaison de celle de l'effort : 44,5% à 46.5% selon la définition de l'effort adopté dans le modèle considérant l'ensemble des circonstances

# Conclusions

- Il existe en France comme en Europe des **inégalités de santé**
- Ce sont principalement des **inégalités des chances** en santé liées à plusieurs **circonstances** indépendantes de la responsabilité individuelle
  - le milieu social d'origine
  - la santé des parents
  - les comportements à risque des parents
- La contribution de **l'effort** individuel est en revanche mineure
- Comme ces inégalités sont **injustes**, cela justifie la mise en place de politique de réduction des inégalités de santé

# Merci

**Florence JUSOT**, [florence.jusot@dauphine.fr](mailto:florence.jusot@dauphine.fr)

**Sandy TUBEUF**, [S.Tubeuf@leeds.ac.uk](mailto:S.Tubeuf@leeds.ac.uk)

**Alain TRANNOY**, [Alain.Trannoy@eco.u-cergy.fr](mailto:Alain.Trannoy@eco.u-cergy.fr)