

Lettre de la Chaire Santé

n°18

Les inégalités des chances en santé sont-elles d'une ampleur comparable dans tous les pays d'Europe ?

La « réduction des inégalités de santé » se trouve au cœur de la Stratégie Nationale de Santé annoncée en 2013 par Marisol Touraine. En adoptant cet objectif, la France rejoint la plupart des pays européens qui ont choisi de lutter, à l'appel de l'Organisation Mondiale de la Santé, contre les « différences systématiques d'état de santé » jugées « injustes ».

Chercher à réduire les inégalités de santé impose une réflexion sur les fondements normatifs d'une telle politique : quelles sont les inégalités de santé que l'on peut juger injustes ? Quelles sont celles qui peuvent être considérées comme légitimes ? La philosophie de la responsabilité définit un critère simple à première vue : les politiques volontaristes de réduction des inégalités sont pertinentes si elles corrigent les inégalités dont les individus ne sont pas responsables. Ainsi, les inégalités attribuables à des circonstances comme le milieu social d'origine ou l'hygiène de vie des parents, sont considérées comme des inégalités des chances qui doivent être réduites par l'intervention publique. En revanche, les différences d'état de santé découlant de comportements à risque comme le tabagisme ou une alimentation trop grasse ne doivent pas être corrigées si l'on considère que ces comportements résultent des choix des individus.

En pratique cependant, il est assez difficile de délimiter le champ de la responsabilité individuelle. En effet, on observe que les comportements à risque sont influencés par les circonstances qu'ont connues les individus. Deux positions normatives permettent alors de maintenir la possibilité d'un partage entre liberté et circonstances. La première considère que les individus sont responsables de leurs comportements même s'ils ont été influencés par les circonstances. A l'opposé, la seconde position normative considère que les individus ne sont responsables que des décisions qui ne sont pas corrélées aux circonstances qu'ils ont connues.

Analyser les inégalités sociales de santé est un axe majeur des recherches soutenues par la Chaire Santé Dauphine. Une première recherche (lettre de la Chaire Santé n°8) a montré qu'en France, les inégalités de santé sont attribuables, pour l'essentiel, à des circonstances indépendantes de la responsabilité individuelle. Les différences de santé expliquées par des comportements individuels sont d'une importance marginale. Ce résultat - la prédominance des circonstances dans l'explication des inégalités - est obtenu quelle que soit la

position éthique retenue quant au traitement de la corrélation entre comportements à risque et circonstances.

Damien Bricard, Florence Jusot, Sandy Tubeuf et Alain Trannoy proposent ici un élargissement de l'analyse à l'ensemble des pays européens. L'évaluation est réalisée sur un échantillon de 20 946 personnes interrogées en 2008/2009 dans le cadre du volet SHARELIFE de l'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe), qui s'intéresse au parcours de vie des seniors européens et fournit une description de leur état de santé, de leurs comportements à risque et de leurs conditions de vie dans l'enfance. Cet échantillon est représentatif de la population âgée de 50 ans et plus dans 13 pays européens.

Les résultats montrent qu'existent des inégalités des chances liées au milieu social et aux conditions de vie dans l'enfance dans les 13 pays étudiés, mais avec des différences importantes entre pays. Ces différences portent sur le niveau absolu des inégalités dues aux circonstances ou aux comportements à risque, mais aussi sur l'importance relative, dans chaque pays, de ces deux composantes des inégalités.

Le **niveau** des inégalités des chances est particulièrement important en Autriche, France, Espagne, Allemagne alors qu'il est faible en Suède, Belgique, Pays-Bas et Suisse. Le niveau des inégalités de santé liées aux comportements individuels est quant à lui élevé en Allemagne, Belgique, Autriche, et Pays-Bas, moyen en France, et faible en Suède, Suisse, ou Espagne.

Si l'on s'intéresse à l'importance **relative** des composantes des inégalités de santé, on trouve que les inégalités de santé attribuables aux circonstances représentent près de 70% de la somme des inégalités de santé attribuables aux circonstances et aux comportements individuels en France et en Espagne. Au contraire, les inégalités des chances représentent moins de 50% de cette somme en Allemagne et moins de 40% aux Pays-Bas et en Belgique.

La position éthique retenue quant au traitement de la corrélation entre circonstances et comportements à risque modifie peu la mesure des inégalités des chances dans la plupart des pays, dont la France. Elle importe davantage dans des pays, comme la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne, où l'on observe un fort déterminisme familial dans l'adoption des comportements à risques.

Référence: Inequality of Opportunities in Health and the Principle of Natural Reward: Evidence from European Countries, Damien Bricard, Florence Jusot, Alain Trannoy, Sandy Tubeuf, Cahiers de la Chaire Santé n°18, in Pedro Rosa Dias, Owen O'Donnell (ed.) *Health and Inequality (Research on Economic Inequality, Volume 21)*, Emerald Group Publishing Limited, pp.335-370.

Lire l' article: [Inequality of Opportunities in Health and the Principle of Natural Reward: Evidence from European Countries](#)

Rédaction : Brigitte Dormont et Victoria Verdy

Contact : victoria.verdy@dauphine.fr ou 01-44-05-46-02

Consulter le site de la chaire : www.chairesante.dauphine.fr