

#ECOPOURTOUS

Les inégalités sociales de santé Pierre-Yves Geoffard

Les inégalités socio-économiques sont le plus souvent abordées, notamment par les économistes, sous l'angle des différences de revenus ou de patrimoine. Pourtant, de nombreuses enquêtes indiquent qu'avant même la richesse monétaire et les conditions de vie que celle-ci rend possibles, la santé est un déterminant essentiel du bien-être individuel. Or, lorsqu'on observe ces deux composantes du bien-être, on constate à peu près systématiquement que ces deux dimensions, loin de se compenser, tendent à se renforcer. Statistiquement, être plus riche est associé à une meilleure santé. Cette association entre santé et revenu, ou plus généralement entre santé et statut social, est l'objet des recherches sur les *inégalités socio-économiques de santé* (ISS). Il s'agit, dans un premier temps, de documenter ces inégalités, avant de chercher à comprendre leurs déterminants.

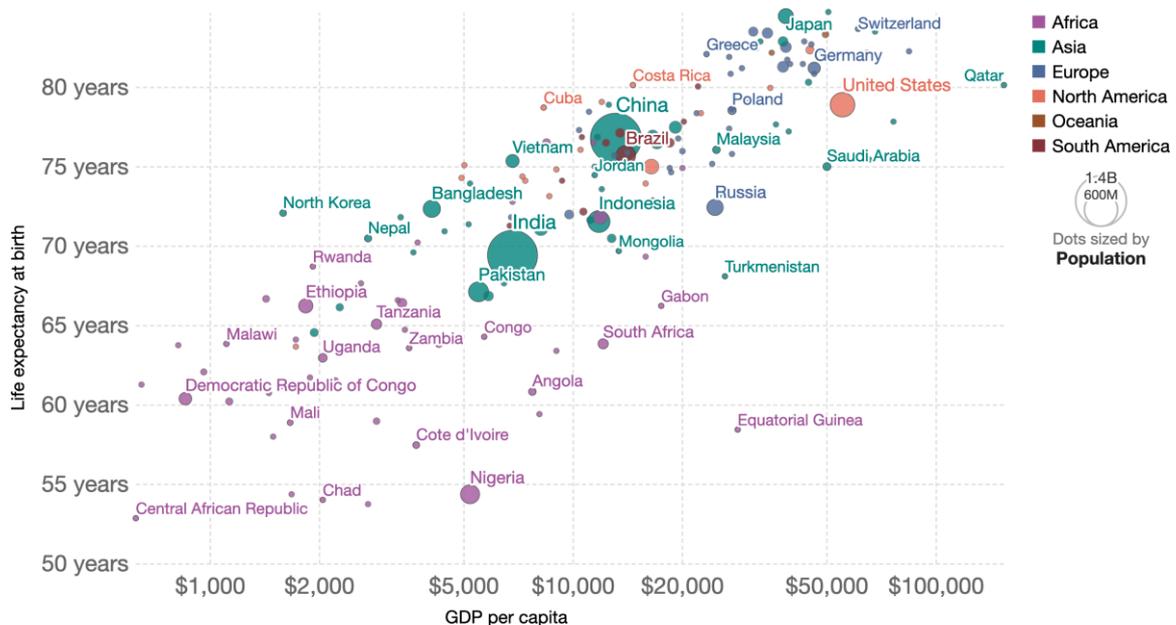
Que sont les inégalités sociales de santé ?

A l'échelle macro-économique, les comparaisons entre pays montrent un lien fort entre le PIB par habitant et la mortalité moyenne, résumée par l'espérance de vie à la naissance au sein d'une population donnée (Figure 1).

Life expectancy vs. GDP per capita, 2018

GDP per capita is measured in 2011 international dollars, which corrects for inflation and cross-country price differences.

Our World
in Data



Ce lien, souvent qualifié de « gradient de santé », se constate également au niveau individuel. Ce changement d'échelle d'observation soulève de nombreuses questions : quel indicateur de statut socio-économique retenir ? Le revenu, le patrimoine, la classe sociale, ou encore le niveau d'éducation ? A priori, chacune de ces variables est pertinente, et le choix est conditionné, voire parfois déterminé, par les données disponibles. Les mêmes questions se posent quant à la mesure de l'état de santé : santé dite « subjective », mesurée dans des enquêtes où les personnes interrogées déclarent, par exemple, si elles estiment que leur santé est très bonne, bonne, moyenne, mauvaise ou très mauvaise ; santé dite parfois « objective » car évaluée par un examen médical ; pathologies, déclarées ou constatées par un professionnel de santé ; mesures biométriques (taille, poids, indice de masse corporelle, biomarqueurs,...) ; capacité à exercer certaines activités de la vie courante et donc degré d'autonomie ; etc. L'état de santé comporte de nombreuses dimensions, que résume, d'ailleurs fort différemment, la belle formule de Robert Leriche « la santé est la vie dans le silence des organes », ou la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Ce rapide catalogue montre que le champ des possibles est vaste ; il suggère aussi que, par le choix de tel ou tel indicateur, l'analyse des ISS ne se résume pas aux inégalités face à la mort, et peut fournir des enseignements multiples et complémentaires. Pour ne prendre qu'un exemple, les inégalités entre femmes et hommes sont fortes et complexes : en France comme dans de nombreux pays, la mortalité est bien plus faible chez les femmes, dont l'espérance de vie à la naissance est de 83,5 ans, que chez les hommes dont elle n'est que de 79,7 années¹. Mais les différences s'estompent presque entièrement si l'on s'intéresse plutôt à la vie en bonne santé, ici résumée par l'espérance de vie sans incapacité : celle-ci s'établit à 65,9 ans pour les femmes et à 64,4 ans pour les hommes². Cet exemple montre à quel point il est important de croiser les regards, et de multiplier les analyses en retenant différentes mesures de la santé. Il pointe également un paradoxe, présent dans de nombreux pays : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais en moins bonne santé. Et ce paradoxe mérite d'être creusé, en analysant les interactions entre le sexe (ou le genre lorsqu'on dispose d'une information moins binaire, ce qui reste très rare dans les grandes enquêtes statistiques) et les autres variables socio-économiques, dans la détermination de la santé et de la mortalité. Par ailleurs, puisque le gradient de santé est défini, de manière générale, comme un constat empirique montrant un lien positif entre la santé et le statut socio-économique, il est également important d'utiliser plusieurs mesures de ce statut.

In fine, ce sont souvent les données disponibles qui déterminent les choix. De grandes enquêtes statistiques peuvent être mobilisées, notamment lorsque la variable d'intérêt est la santé. Hélas, lorsqu'une enquête de santé populationnelle est plutôt issue de la santé publique ou de l'épidémiologie, les variables de santé peuvent être détaillées très finement, mais les variables socio-économiques sont souvent peu développées. Il est très rare d'observer le patrimoine, le revenu n'est souvent disponible qu'en tranches assez grossières,

¹ (France, 2019) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2020-lesperance-de-vie-sans-incapacite-65-ans-est-de-121-ans>

le type d'emploi exercé et a fortiori la carrière passée ne sont pas observés, etc. Le problème est symétrique dans les enquêtes portées par les sciences sociales : alors que le niveau de vie, les sources de revenus, etc., sont observés finement, la dimension santé est souvent réduite à quelques rares questions. Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse aux inégalités sociales face à la mortalité, comme la mort n'arrive en général qu'une seule fois dans la vie d'un individu, il faut disposer de données longitudinales portant sur une population nombreuse suivie suffisamment longtemps, ce qui est rarement le cas des grandes enquêtes statistiques. Pour pallier ces lacunes, de plus en plus de travaux portent sur l'analyse de données dites « administratives », issues des systèmes de gestion de l'administration publique ; typiquement, les données fiscales renseignent sur le revenu et parfois sa composition, et les données issues de l'assurance maladie informent sur le recours aux soins, voire plus rarement et souvent indirectement sur l'état de santé. Par ailleurs, lorsque les données de santé sont localisées (par exemple la mortalité, ou la prévalence de telle ou telle maladie au sein d'une zone donnée, en France l'IRIS³), elles peuvent être complétées par des variables dites « écologiques » relatives à l'environnement socio-économique dans lequel vit la personne, notamment le revenu moyen au sein de cette zone, permettant d'analyser des corrélations spatiales. Ces variables écologiques, aisément disponibles, sont souvent interprétées comme une mesure imparfaite des mêmes variables individuelles, même si au sens strict elles fournissent avant tout des informations sur les caractéristiques du territoire, et que celui-ci peut être aussi au moins aussi pertinent en termes d'impact sur la santé de la population.

A quoi sont dues les inégalités sociales de santé ?

La mise en évidence d'un gradient de santé soulève immédiatement des questions d'interprétation. En particulier, quels peuvent être les mécanismes causaux à l'œuvre ? Potentiellement, ces mécanismes sont multiples et non exclusifs. Une meilleure santé favorise une productivité plus élevée du travail, qui peut se traduire par une offre et une demande plus élevées de travail, et par un meilleur salaire ; un revenu plus élevé permet de vivre dans un environnement moins pollué, moins dense, et plus favorable à la santé ; il permet également, lorsque les soins sont payants pour l'utilisateur, d'y accéder sans être contraint par une barrière financière. Historiquement, les inégalités d'accès aux soins étaient souvent vues comme la cause principale des inégalités de santé, cette théorie suggérant également une piste pour y remédier. Mais ce paradigme a été fortement ébranlé par les travaux de la Whitehall Study en Grande-Bretagne, où le suivi d'une cohorte de plus de 17 500 fonctionnaires masculins pendant plus de dix ans a montré dans les années 1980 que le statut au sein de la fonction publique était fortement associé à de nombreuses maladies ainsi qu'à la mortalité, et ce malgré un accès aux soins universel et gratuit garanti par le système national de santé britannique⁴. Un tel accès, s'il permet certainement de réduire les inégalités de santé, ne suffit donc pas à les annuler.

³ <https://www.insee.fr/fr/information/2017499>

⁴ Marmot, Michael; Kogevinas, M; Elston, M.A. (1987) "*Social/Economic Status and Disease*". *Annual Review of Public Health*. **8**: 111–135. [doi:10.1146/annurev.pu.08.050187.000551](https://doi.org/10.1146/annurev.pu.08.050187.000551)

Une autre explication possible de l'association entre santé et statut socio-économique passe par un facteur qui influencerait de manière positive les deux dimensions. Parmi ces facteurs causaux, l'éducation est le suspect principal. En effet, un niveau plus élevé d'éducation est associé à un meilleur revenu, mais aussi, en particulier à travers des comportements plus favorables, à une meilleure santé. Dans un article important portant sur les Etats-Unis depuis 1998, Case et Deaton⁵ ont montré que la tendance historique de baisse de la mortalité s'était non seulement arrêtée, mais qu'elle s'était même inversée, la mortalité des non-hispaniques entre 35 et 60 ans, notamment des moins éduqués, ayant augmenté. L'analyse des causes de décès montre en outre qu'une part importante d'entre eux peut être qualifiée de « morts du désespoir » : suicides, consommation excessive d'alcool, overdoses de drogues licites ou illicites. La méthode d'analyse, essentiellement descriptive, ne permet pas de conclure de manière définitive sur les causes de cette évolution, mais les auteurs proposent une « histoire plausible », celle d'un *désavantage cumulatif* frappant des cohortes d'individus entrés sur le marché du travail à un moment où celui-ci s'est fortement dégradé pour les moins éduqués, ces difficultés d'emploi se cumulant avec une évolution également défavorable du mariage, et plus généralement une dissolution du lien social.

Une autre branche de la littérature s'est penchée sur les inégalités sociales de santé chez les enfants. La motivation est double. Tout d'abord, de telles inégalités ne peuvent être imputées à la responsabilité des enfants eux-mêmes, et sont plus que d'autres le fruit de circonstances défavorables, les rendant particulièrement injustes. Mais aussi car l'existence d'un gradient de santé chez les enfants ne peut être dû à une relation causale de leur santé vers leur statut socio-économique, qui est celui de leur famille. Avec Bénédicte Apouey, nous avons montré que le gradient de santé est plus fortement lié à l'éducation des parents qu'aux revenus du ménage, et nous avons analysé dans quelle mesure ce gradient était déjà présent à la naissance, ou se creusait au cours de l'enfance, notamment en France ou en Grande-Bretagne⁶.

Ces quelques exemples illustrent également que les méthodes mobilisées pour analyser les inégalités sociales de santé sont diverses, pas toutes focalisées sur les stratégies d'identification qui obnubilent beaucoup d'économistes, mais davantage sur de solides descriptions des données, modifiant les perspectives par le choix de différents indicateurs de santé comme de statut socio-économique, changeant de focale en observant de plus près certaines populations ou certains territoires, explorant la robustesse des liens statistiques en les contrôlant par d'autres variables pertinentes. Il est vrai que les inégalités sociales de santé soulèvent des questions trop importantes pour n'être confiées qu'aux économistes.

⁵ Case, Anne, and Deaton, A. (2017), "Mortality and morbidity in the 21st century," *Brookings Pap Econ Act*. Spring: 397–476. doi: [10.1353/eca.2017.0005](https://doi.org/10.1353/eca.2017.0005)

⁶ Apouey, Bénédicte, and PY. Geoffard (2013), "Family income and child health in the UK" *Journal of Health Economics*: 715-727.

D'importantes contributions au domaine ont été apportées par des épidémiologistes, des démographes, des sociologues, croisant à la fois des méthodes quantitatives assez proches de celles des économistes, mais s'appuyant aussi sur des méthodes qualitatives qui mettent en lumière des relations plus complexes.

Le croisement des approches peut ainsi être plus fécond qu'un enfermement dans telle ou telle ornière disciplinaire. C'est en tout cas la conviction qui nous a conduits, après de nombreux échanges qui posaient davantage de questions qu'ils n'apportaient de réponses, à nous engager avec trois collègues, sociologues, démographes et épidémiologistes, dans un ambitieux projet d'analyse des inégalités sociales de santé au prisme du genre⁷. Pourquoi une telle approche ? Parce que, comme je l'ai rappelé, les inégalités de santé sont fortes entre femmes et hommes ; c'est même, avec l'âge, le facteur le plus important d'inégalités. Ensuite, parce que la dimension de genre doit être croisée avec les autres variables socio-économiques. C'est l'interaction, ou l'intersection, des différentes variables, qui peut apporter des éclairages nouveaux. Ce projet a été lauréat, pour 6 ans, d'un financement de l'ERC⁸ dans le cadre des appels *Synergy* qui nous permet, nonobstant l'irruption de la pandémie de Covid qui a à la fois bouleversé les terrains d'étude et ouvert de nouvelles questions pertinentes, d'entreprendre un dialogue dont la temporalité dépasse celle d'un colloque interdisciplinaire. Le projet général trouve son cadre dans l'analyse des trajectoires de vie. Il porte à la fois sur les déterminants de la santé et des maladies (avec un accent mis sur les processus de socialisation, y compris les plus précoces, dont on soupçonne qu'ils influencent durablement les comportements de santé), et sur les inégalités d'accès aux système de santé et des parcours de soins.

Que peut apporter un économiste ?

Principalement une attention particulière aux effets de l'emploi, fortement structurants tant dans ses impacts sur la santé que sur les conditions de vie et le statut social, et un rappel que les comportements de santé sont aussi modifiés par les incitations, monétaires ou autres, ainsi que par les attitudes face au risque et au temps. L'économiste développe également des méthodes statistiques pour proposer des interprétations causales. Cette préoccupation est également partagée avec l'épidémiologie qui l'aborde cependant de manière différente, et elle est moins centrale dans l'approche sociologique. Il apporte enfin un cadre d'analyse conceptuel du bien-être social⁹, explicitant les valeurs éthiques et philosophiques qui sous-tendent le choix d'une ou de l'autre mesure des inégalités sociales de santé.

⁷ Le projet est porté par quatre *Investigateurs Principaux* : Nathalie Bajos (sociologue et démographe, INSERM), Muriel Darmon (sociologue, CNRS), et Michelle Kelly-Irving (épidémiologiste sociale), et moi-même. <https://gendhi.eu/>

⁸ Le Conseil Européen de la Recherche finance, sur appel à projets européens, d'ambitieux programmes de recherche, dans toutes les disciplines. <https://erc.europa.eu/homepage>

⁹ Abul-Naga, Ramses, and PY.Geoffard (2006), "Decomposition of bivariate inequality indices by attributes" [*Economics Letters*](#), 90(3): 362-367