

Inégalités sociales de santé et accès aux soins

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Définition : Inégalités/ sociales /de santé
- Inégalités face à la mort
- Comparaisons européennes
- Les maladies inégalitaires
- Inégalités dans les états de santé
- Inégalités face à la prévention
- Inégalités face aux soins
- Inégalités face à la protection sociale

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Définition : Inégalités/ **sociales** /de santé
- Différence avec les **inégalités de santé**

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Définition : Inégalités/ sociales /de santé
- Inégalités face à la mort

Les inégalités face à la mort

La France est, parmi les pays riches, celui où l'on observe les plus grandes disparités devant la mort

Rappel du cours précédent

En France

En vingt ans, l'espérance de vie a augmenté pour toutes les catégories, mais cette augmentation a été plus forte dans les catégories les plus favorisées.

Tableau 1 : **Espérance de vie et probabilité de décès par catégorie socioprofessionnelle en France, cohorte Insee 1982-1996**

Catégorie socioprofessionnelle en 1982	Espérance de vie à 35 ans (en années)		Probabilité de décéder de 35 à 65 ans (en %)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cadres et professions libérales	44,5	49,5	13	6,5
Agriculteurs exploitants	43	47,5	15,5	8
Professions intermédiaires	42	49	17	7
Artisans commerçants	41,5	48,5	18,5	7,5
Employés	40	47,5	23	8,5
Ouvriers	38	46	26	10,5
Différence d'espérance de vie entre ouvriers et cadres	6,5	3,5		
Rapport de probabilité de décès ouvrier / cadre			2	1,6

Source : Mesrine, 1999

Tableau 2 : Evolution de la mortalité des hommes en France selon les groupes sociaux de 1975 à 1995 (risque de mortalité par rapport aux cadres)

	1975-1980	1982-1987	1990-1995
Agriculteurs exploitants	1,3	1,2	1,3
Artisans, commerçants	1,4	1,3	1,3
Cadres et professions libérales	1	1	1
Professions intermédiaires	1,2	1,2	1,3
Employés	2	1,9	2,2
Ouvriers qualifiés	1,9	1,8	2
Ouvriers non qualifiés	2,6	2,5	2,4

Source : Mesrine

Inégalités sociales des causes de décès en France

Entre 25 et 54 ans, **la surmortalité des ouvriers et employés** par rapport aux cadres et professions libérales concerne quasiment toutes les causes de décès, en particulier les cancers, les maladies cardiovasculaires et les morts violentes.

La mortalité chez les hommes de 45 à 59 ans en France

Parmi ceux exerçant une profession **manuelle**, est supérieure de **71%** par rapport à ceux qui exercent une profession **non manuelle**

Cette surmortalité varie de **33 à 53%** dans les autres pays

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Définition : Inégalités/ sociales /de santé
- Inégalités face à la mort
- Comparaisons européennes

Comparaison entre les causes de mortalité en Europe

Source : HCSP 2002

- Selon Kuntz (étude comparative sur les causes médicales de décès en Europe), la France est le pays qui représente les écarts les plus importants parmi 11 pays, en considérant 2 causes principales de décès.

Les inégalités sociales de santé chez les femmes : le niveau d'études compte !

Source :HCSP 2002

Les données sont moins nombreuses pour la population féminine. Mais l'étude comparative européenne montre que les inégalités sociales de mortalité en fonction du niveau d'études sont plus fortes en France qu'en Finlande, Norvège, Danemark et Italie, pour les hommes comme pour les femmes.

Tableau 3b : Rapport des taux de mortalité des hommes travailleurs manuels / non manuels âgés de 45 à 59 ans et de 60 à 64 ans au décès en Europe

	45 à 59 ans	60 à 64 ans
France	1,71 (1,66-1,77)	1,50 (1,44-1,56)
Angleterre et pays de Galles	1,44 (1,33-1,56)	1,33 (1,22-1,45)
Irlande	1,38 (1,30-1,46)	a
Finlande	1,53 (1,49-1,56)	1,32 (1,27-1,37)
Suède	1,41 (1,38-1,44)	a
Norvège	1,34 (1,29-1,39)	1,28 (1,24-1,33)
Danemark	1,33 (1,30-1,36)	1,21 (1,18-1,24)
Suisse	1,34 (1,29-1,39)	1,27 (1,21-1,33)
Italie	1,35 (1,28-1,42)	a
Espagne	1,37 (1,34-1,39)	a
Portugal	1,36 (1,31-1,40)	a

Source : Kunst

Taux moyen annuel de mortalité au Danemark

1865-1874, pour 1 000 personnes de plus de vingt ans,
par classe, sexe et résidence, avec correction d'âge

CLASSE	COPENHAGUE		AUTRES VILLES	
	Taux	Indice	Taux	Indice
<i>Hommes</i>				
Riche.....	16,5	100	13,4	100
Moyenne.....	20,2	122	17,1	128
Pauvre.....	31,2	189	22,6	169
<i>Femmes</i>				
Riche.....	13,4	100	12,4	100
Moyenne.....	12,3	92	14,1	114
Pauvre.....	22,3	166	16,5	133

Inégalités sociales de santé et protection



Taux de mortalité annuel (pour 1000) selon la catégorie fiscale Rhode Island, 1865

ÂGES	IMPOSABLES	NON- IMPOSABLES	RAPPORT Imposables non-imposables
Tous âges	10,8	24,8	230
En dessous de 1	93,4	189,8	203
De 1 à 4	40,3	66,6	165
En dessous de 5	50,5	94	186
De 5 à 9	15,9	15,7	99
De 10 à 19	3	8,2	273
De 20 à 29	6	11,8	197
De 30 à 39	4,5	15,5	344
De 40 à 49	1,4	14,5	1 036
De 50 à 59	8,6	25,1	292
De 60 à 69	15,1	39,5	262
De 70 et plus	32,9	138,5	421
Total	10,515	44,08	
Nombre de décès	114	1,097	

Inégalités sociales de santé et protection



La mortalité périnatale

La mortalité durant les 7 premiers jours de la vie varie :

de 7,1 pour 1000 naissances
pour les enfants de père cadre

à

10,2 pour 1000 naissances
pour les enfants d'ouvriers

« Chaque pays, en fonction de son système de soins “ choisit ” ses morts »
(A. Lazarus)

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Définition : Inégalités/ sociales /de santé
- Inégalités face à la mort
- Comparaisons européennes
- Les maladies inégalitaires

Un première constatation

- Les inégalités sociales de santé sont en France anciennes et constantes pour les classes d'hommes adultes
- Dans les autres catégories (femmes, enfants), on dispose d'un certain nombre d'indicateurs (exemples : conditions autour de la naissance, état dentaire, invalidités résiduelles aux différents âges de la vie)

Inégalités dès la naissance...

- **La prématurité**
- **Les « petits poids »**

En 1995, les risques sont

1,5 à 2 fois plus élevés chez les enfants de couples ouvriers ou employés, que chez les enfants de cadres.

Les maladies inégalitaires

- **Les maladies cardiovasculaires** : le risque de mortalité par maladies coronariennes est multiplié par 1,8 chez les ouvriers et 3,5 chez les employés, par rapport aux cadres.
- **Les cancers** : la survie après cancer est en moyenne plus basse dans les catégories socioprofessionnelles plus défavorisées, et ce, quelle que soit la localisation des cancers.

Incapacités et handicap

- Plus la catégorie socioprofessionnelle est élevée mieux les incapacités sont prises en charge
- Les différences sociales d'espérance de vie sans incapacité sont donc particulièrement importantes.

Les inégalités face aux handicaps selon la catégorie professionnelle (1) (HCSP 2002)

- Par rapport à une valeur de référence fixée à 1 pour l'ensemble de la population, les inégalités sociales de risque vital sont confirmées : 0,93 pour les cadres supérieurs contre 1,10 pour les ouvriers non qualifiés.
- Il en va de même pour les inégalités d'invalidité : 0,86 pour les cadres supérieurs contre 1,13 pour les ouvriers non qualifiés.

Tableau 4 : **Risque vital et invalidité selon la catégorie socioprofessionnelle après standardisation sur l'âge et le sexe, France, 1996**

Milieu social*	Effectifs observés	Risque Vital	Invalidité
Ensemble		1	1
Exploitant agricole	797	0,986	1,03
Artisan, commerçant	1 130	0,95	0,94
Cadre, profession intellectuelle	2 694	0,93	0,86
Profession intermédiaire	3 308	0,97	0,97
Employé	2 122	1,03	1,06
Ouvrier qualifié	4 356	1,05	1,03
Ouvrier non qualifié	1 527	1,10	1,13

* profession ou dernière profession exercée par la personne de référence du ménage

Source : CreDES, 1998

Les inégalités sociales de santé selon la catégorie professionnelle (2) (HCSP 2002)

- Les inégalités face au handicap sont très marquées selon le milieu social d'origine.
- Ainsi, parmi les 16 900 personnes de tous âges enquêtées à domicile, la proportion de personnes de milieu ouvrier déclarant au moins une déficience est 1,6 fois plus élevée que chez les cadres, après standardisation sur le sexe et l'âge.

La santé bucco-dentaire

est un indicateur de niveau de ressources...

En 1998, à 12 ans,

47% d'enfants de cadres supérieurs sont indemnes de caries,

43% dans les catégories intermédiaires,
contre 32% seulement chez les enfants d'ouvriers.

Un exemple complexe d'inégalités face aux soins : le renoncement aux soins dentaires

Source : HCSP (2002)

- Dans l'enquête sur la santé, les soins et la protection sociale de 1997, 12% des personnes déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières.
- Cependant, différentes études conduites aux États-Unis, au Canada et aussi en France montrent que faire disparaître les barrières financières ne suffit pas, en soi, à modifier les comportements de non-recours aux soins dentaires.

Tableau 7 : **Pourcentage d'enfants indemnes de caries à 12 ans selon la catégorie socio-professionnelle des parents**

	1990	1993	1998
Agriculteurs	18	27	33
Commerçants, artisans	24	39	38
Cadres supérieurs	34	43	47
Professions intermédiaires	23	31	43
Employés	24	38	43
Ouvriers	21	31	32
Autres	16	25	30
Ensemble	23	35	39

Source : La santé dentaire en France

Les dents chez les personnes âgées

Source : HCSP 2002

- Parmi les plus âgés (65-74 ans), les écarts sont encore plus marqués :
 - 22% d'édentés totaux dans le groupe de faible niveau socio-économique,
 - 0% dans le groupe de niveau élevé.
- Les causes d'inégalités de santé bucco-dentaire, chez les adultes sont, au moins en partie, liées à l'accès aux soins dentaires et au niveau de leur remboursement consenti par l'assurance maladie.

Santé mentale et conditions de vie

(HCSP 2002)

De nombreux travaux qualitatifs, sociologiques et psychosociologiques éclairent sur ces interrelations entre santé mentale et conditions de vie :

- le « syndrome de l'exclusion » est défini par le trépied symptomatique : honte, désespérance et inhibition affectivocognitive.
- Les troubles et souffrances psychosociales, dont ceux liés aux dégradations des conditions de travail (inutilité, culpabilité, usure).

Santé mentale et précarité

Source : HCSP 2002

En population générale, les données épidémiologiques sont rares : 2 enquêtes récentes seulement fournissent des analyses par niveau socio-économique.

- L'une en île-de France, observe des dépressions sévères 2 fois plus fréquentes chez les hommes bénéficiaires du RMI que dans le reste de la population.
- L'autre, issue de l'enquête Santé et protection sociale du Credes, montre que l'absence d'emploi est le facteur socio-économique le plus lié à l'existence d'une dépression.

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Les maladies inégalitaires
- Inégalités dans les états de santé

Les inégalités d'état de santé entre milieux sociaux

- les milieux de vie (habitat, nutrition dans l'enfance, suivi périnatal, conditions de travail, pauvreté),
- les modes de vie (tabagisme, alcoolisme, obésité),
- les recours aux soins ou la sélection (la mauvaise santé rend pauvre)

peuvent varier dans l'espace et le temps.....

Il existe aussi des facteurs collectifs influant sur l'état de santé

- Le soutien social (parents, amis...)
- Le capital social (sécurité d'un quartier, cohésion d'un milieu professionnel...)
- La position hiérarchique (la domination engendre le stress...)

Qui se trouve dans les réseaux les plus fragiles ?

Une société solidaire est en moyenne moins pathogène!

les inégalités persistent à la retraite !

- Le *gradient social* : c'est-à-dire l'échelle des différences en fonction des catégories socioprofessionnelles de mortalité existe après la retraite
- il y a 30 ans48% des ouvriers spécialisés, contre 18% des techniciens et cadres étaient décédés 10 ans après leur retraite,

Préoccupations pour la santé

selon le HCSP (2002)

Les attitudes spécifiques de groupes précaires vis-à-vis de la santé :

- Dans des situations précaires, les questions de santé, mêmes les plus alarmantes, peuvent prendre un rang secondaire parmi les préoccupations quotidiennes.
- Cette attitude de relégation a pour corollaire la fréquence des comportements de prise de risque (alcool, tabac, conduite automobile risquée, toxicomanie, violence...).

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Les maladies inégalitaires
- Inégalités dans les états de santé
- Inégalités face à la prévention

Les inégalités face à la prévention

D'une manière générale, il est constaté que les programmes préventifs efficaces le sont davantage parmi les catégories sociales supérieures que dans les classes sociales défavorisées.

Disparités sociales et dangers pour la santé

- En France, parmi les sources importantes de disparités sociales de santé, figurent les comportements vis-à-vis de l'alcool et du tabac : on fume et on boit plus en milieu ouvrier qu'en milieu cadre. La situation de précarité joue aussi pour renforcer ses comportements.
- En Grande-Bretagne et au Canada, des analyses aboutissent à l'hypothèse que les situations de travail sans marge de manœuvre et d'initiative ainsi que les positions de « dominés » sont des facteurs de fragilité de santé.

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Les maladies inégalitaires
- Inégalités dans les états de santé
- Inégalités face à la prévention
- Inégalités face aux soins

Les inégalités face aux soins

- 26 % des patients méconnaissent les aides légales et leurs droits à une protection sociale contre la maladie.
- 5 % des patients ignore l'existence de structures d'aide à l'accès aux soins
- 10 % ne maîtrise pas bien le français
- 12 % sont désorientés dans une administration

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Inégalités face à la mort
- Les maladies inégalitaires
- Inégalités dans les états de santé
- Inégalités face à la prévention
- Inégalités face aux soins
- Inégalités face à la protection sociale

Les inégalités face à la protection sociale

La persistance , l'augmentation
des inégalités d'accès aux soins

Qui peut payer pour la santé ? la protection sociale et les risques

Avant la protection, le principe de solidarité sociale

- **sont nécessaires :**

un **lien** entre des individus qui suscite la
“ conscience ” d’appartenir à un groupe
et

un **bien** à partager : on constate que la
pénurie facilite l’émergence de la
violence

entre les individus.

La notion de risque social est liée

- **Aux problèmes de santé ou plutôt de maladies et d'infirmités**
- **À la vie courante (famille) et au travail (chômage, accident) et aux âges de la vie (naissance, vieillesse, décès)**
- **Aux évènements exceptionnels (catastrophes, dangers provoqués et subis, vulnérabilités particulières)**

La protection sociale : les réponses

- **la famille sous ses aspects différents** (clanique, ramifié, nucléaire ou mosaïque)
- **l'assistance** (anciennement, la bienfaisance)
- **l'assurance** (capital, indemnités et primes, mutualisation)

La protection sociale en France

Rappel :

CREATION DE LA SECURITE SOCIALE EN France (1945)

- La mise en place de la sécurité sociale en France
« débarrasser les travailleurs de la hantise du lendemain, de cette incertitude génératrice chez eux d'un complexe d'infériorité paralysant l'expansion de leur personnalité, et origine réelle de la distinction des classes entre les possédants, sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir, et les non possédants constamment sous la menace de la misère »

Pierre Laroque (1945)

Limites et exigences de la réforme de la protection sociale en France...

- Défense de certaines valeurs : équité, universalité, solidarité, redistribution
- Une culture de l'Etat-Providence
- La crainte d'un système à deux vitesses
- Le respect de la liberté des personnes

Comment changer un système de protection sociale ?

- Diminuer les biens socialisés ?

exemple : le déremboursement des médicaments, l'augmentation du ticket modérateur, le panier de »biens et de services

- Limiter les dépenses de santé ?

exemple : limiter les prescriptions ou les orienter (références médicales opposables, conférences de consensus, médicaments génériques, proposer un forfait, une filière de soins)

Ou...limiter le nombre des bénéficiaires ?!!

La réforme de 1996

OBJECTIF

diminution des dépenses en agissant sur l'offre de soins :

- instauration d'un *numerus clausus* pour les professions médicales (limitant le nombre de prescripteurs)
- instauration de la *carte sanitaire* pour les lits hospitaliers et les équipements lourds (répartition de l'offre de soins)
- mise en place des schémas régionaux *d'organisation des soins* (SROS) et des *agences régionales d'hospitalisation* (ARH)

Les suites de la réforme de 1996

- Les Ordonnances d'avril 1996 ont instauré le vote par **le Parlement de la Loi de finances annuelle** et la fixation d'un **objectif national des dépenses de santé (ONDAM)**
- En échange du renforcement de **la maîtrise des dépenses de “ médecine de ville ”** et de la **lutte contre le gaspillage**, les assurés sont remboursés **à 60% en moyenne**

Une protection généralisée ou universelle ?

- la quasi-totalité de la population française est aujourd'hui protégée contre les principales dépenses liées au risque de maladie
- pour les petits risques et les dépenses dites de confort, les usagers de la sécurité sociale ont la possibilité de recourir à leur assurance complémentaire privée ou d'adhérer à une mutuelle.

La Sécurité sociale : service privé ou public ?

- On assiste à une "privatisation" relative de la protection sociale
- avec une diminution des remboursements de la Sécurité Sociale
- et une augmentation de la part des mutuelles et des ménages...

toutes proportions gardées....

La C.M.U. (couverture médicale universelle)

Depuis le 1^{er} janvier 2000, le *dispositif de la CMU*

a pour objet l'harmonisation de l'assurance-maladie,

couverture sociale pour tous. Elle concerne :

- toute personne requérant des soins et ayant des ressources inférieures à 630 € pour une personne isolée
- toute personne peut en bénéficier : *son âge, son emploi, sa situation familiale, sa nationalité ne sont pas des critères d'exclusion*

Loi du 27 juillet 1999 portant sur la création d'une Couverture médicale universelle

- La CMU a modifié les dispositifs d'aide médicale antérieurs et permet à plus de 5 des millions de personnes d'accéder à des soins gratuits avec un minimum de démarches administratives.
- Elle apporte une couverture médicale aux personnes qui en étaient dépourvues et offre un couverture médicale complémentaire (donc à 100%) à des personnes ayant des revenus faibles.
- Il n'en demeure pas moins que des effets de seuil existent.

Inconvénients de la C.M.U.

- **l'effet de seuil** : les nouveau "précaires" seront ceux qui disposent d'un peu plus de la somme limite (630 euros)
- la diversité des **assurances complémentaires**_
- les étrangers en situation irrégulière en sont exclus (mais une aide de l'Etat existe pour ceux justifiant d'une maladie grave ne pouvant être traitée dans leur pays d'origine)

Une aide sociale relevant de l'État (AME)

couvre

*les étrangers en situation irrégulière,
les personnes soignées sur le territoire
national pour des raisons humanitaires*

L'AME prend en charge, sans avance des frais
l'ensemble des soins et prescriptions sur la base
d'un 100% sécurité sociale.

Les obstacles aux soins

selon le HCSP (rapport 2002)

- Ces attitudes peuvent contribuer à dresser une barrière entre les malades en situation précaire et les professionnels de la santé :
 - le recours aux soins va être tardif. Cela pour de multiples raisons : financière (malgré la CMU), culturelle, manque d'attention à sa santé et/ou de confiance envers le personnel soignant...
 - Cet ensemble de comportements, s'opposant à la culture médicale et aux contraintes du métier, peut être difficilement compris par les professionnels.

L' accès universel aux soins demeure difficile, malgré la protection sociale

Dans les centres français de Médecins du Monde en 2002, la moitié des patients ne dispose pas de droits ouverts à une couverture santé (notamment des étrangers en situation irrégulière)

et un tiers met en avant ses difficultés financières comme obstacle pour se soigner

Conclusion

- La réponse le plus souvent apportée aux disparités dans le domaine de la santé consiste - surtout en France - à **rendre l'accès aux soins plus équitable**.
- Or, c'est bien en amont de la maladie, par **des interventions sur ses déterminants sociaux**, qu'on pourrait espérer les résultats les plus importants.