



**ined**  
INSTITUT  
NATIONAL  
D'ÉTUDES  
DÉMOGRA  
PHIQUES

---

## **Comment surveiller (pour agir sur) les inégalités sociales et territoriales de santé ?**

---

Chantal CASES, INED, France

et Haut Conseil de Santé Publique, groupes de travail sur les systèmes d'information (président : Marcel Goldberg) et les Inégalités sociales de santé (président : Thierry Lang)

# ISS : un paradoxe français ?

---

- Des **résultats globaux** de santé **très satisfaisants**
  - Une espérance de vie très élevée et en progrès
- Des **soins de qualité accessibles** au plus grand nombre
  - Le système de santé français a été classé N°1 par l'OMS en 2000...
- Mais des **inégalités sociales et spatiales** de santé préoccupantes
  - Souvent **plus importantes** que dans les pays européens comparables
  - Une **aggravation** récente pour certains indicateurs
- Un **système statistique** trop **partiel** pour la surveillance et l'évaluation des politiques
- Des **politiques de santé** trop concentrées sur l'accès financier aux soins
- Une faible insertion dans les **commissions internationales**
- Une place encore trop réduite dans le **débat social**

# Un objectif de réduction mis en avant, mais encore peu mis en œuvre

---

- Les grands textes fondateurs (Constitutions de 1946 et 1958), la loi de santé publique (2004), le plan de lutte contre le cancer (2009-2013) en font un **objectif...**
- ... **mais sans le décliner concrètement** sous forme de politiques
  - Sauf sur l'accès financier aux soins des plus démunis
- Même s'il existe des **dispositifs généraux** favorables...
  - Le système public d'assurance maladie
  - Une médecine préventive spécialisée sur des domaines partiels de la santé
  - Des politiques sociales plus générales (famille, logement...)
- ... et un grand nombre de **politiques locales** peu évaluées

# Une approche territoriale peut occulter le social, et inversement

---

- Exemple: mesure 14 du plan cancer 2009-2013 = lutter contre les inégalités de recours au dépistage
- mais l'indicateur cible seulement les « départements rencontrant le plus de difficultés »
- A l'inverse, le plan ne cible pas les dépassements d'honoraires des médecins, ni leur dimension géographique
- ✓ Il faut tenir compte des lieux de vie ET des caractéristiques sociales

# Un constat : un dispositif de mesure insuffisant pour l'action

---

- « Il manque en France **un véritable système de surveillance** des inégalités sociales de santé »
  - HCSP. Groupe de travail présidé par M Goldberg. Les systèmes d'information pour la santé publique. La Doc. Française. Paris, 2009
- Trois axes de travail préconisés :
  - 1) se fixer un objectif explicite de réduction ;
  - 2) **mesurer les ISS** ;
  - 3) Agir
    - HCSP. Groupe de travail présidé par T Lang. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. La Doc. Française. Paris, 2009 et Indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé, Française. Paris, 2013

# Quels types de données ?

---

- Nécessité de ne pas se limiter à des moyennes sur des territoires mais d'analyser des **distributions** (y compris pour la surveillance)
- L'idéal : collecter des données **individuelles** (santé ET social)
- + Besoin de disposer de mesures **régulières dans le temps et cohérentes dans l'espace** (surveillance, évaluation)

# Des préconisations : quels indicateurs de santé ?

---

- L'analyse et la surveillance des inégalités de santé requièrent une grande diversité d'indicateurs
  - État de santé perçu (enquêtes), diagnostiqué ou mesuré (dossiers médicaux, tests, ...),
  - catégories issues de données médico-administratives (ALD, ...)
  - Mortalité
  - Comportements de santé
  - Recours aux dépistages, aux soins,...

# Des préconisations : quels indicateurs sociaux ?

---

- La situation socio-économique : multidimensionnelle et évolutive
  - Une triade de base : situation professionnelle, éducation, revenu
- Nécessité de mesures multiples, corrélées entre elles : éducation, statut d'activité, catégorie sociale, revenu...
  - Mesures d'évènements (migration, évènements difficiles...) et/ou de cumuls au cours de la vie
  - Nécessité de tenir compte du sexe et de l'âge
  - + Utilité de connaître le statut / assurance maladie de base, complémentaire
  - + Situation familiale, logement, milieu de vie...

# Une voie prometteuse...

---

- L'utilisation des **bases de données médico-administratives**, seules ou appariées à des données d'enquêtes, de cohortes ou de registres
  - Un potentiel exceptionnel, couvrant l'ensemble de la population
  - Utilisées à des fins de gestion
    - ✓ des organismes de protection sociale,
    - ✓ des hôpitaux,
    - ✓ de l'état-civil,
    - ✓ de la collecte socio-fiscale,...
  - Avec un identifiant individuel unique (NIR)
    - Ou d'autres données d'identification personnelle

# Des données encore trop peu utilisées

- Réelle volonté de mise à disposition de la recherche publique
- Cadre juridique d'accès généralement clair
- Pas d'opposition des organismes de contrôle sur les dossiers dument motivés (CNIL, CCTIRS, CNIS)
- Un net accroissement de leur utilisation
- Une forte demande de la part d'utilisateurs potentiels multiples

Mais

- Cette diffusion ne pas explicitement partie des missions des producteurs
- Les moyens nécessaires sont fortement contingentés chez les producteurs
- Problème de charge technique et d'apprentissage des utilisateurs
- Surcharge des organismes de contrôle
- Barrières en pratique : utilisation du NIR, mise en place de l'identifiant national de santé

# Une voie de repli : les indices de défavorisation

---

- Indices « écologiques » : **caractérisation synthétique** du niveau socioéconomique de la population à une échelle donnée (commune, canton,...) et un moment donné
  - **Agrégation** de différentes variables (revenus, emploi, etc.) sur un territoire
- Différents indices selon la méthodologie envisagée et les variables considérées
  - À l'international : Jarman, Townsend, Carstairs, Pampalon, IMD...
  - En France : Fdep, EDI, « métropoles »...

# Avantages et limites

---

- Fournissent une mesure de la situation socioéconomique des personnes en l'absence de données individuelles
- Rapidement opérationnel, sans collecte de données nouvelles autre que les adresses (de résidence en général)

## Mais

- Entachés d'un biais écologique, variable selon la finesse de la zone considérée
- Le territoire considéré ne fait pas toujours sens pour les personnes (mobilités)

# Et demain ?

---

- La lutte contre les inégalités est une priorité commune des toutes les **agences régionales de santé**
  - Il va falloir « outiller » cette priorité afin de ne pas retomber dans els travers antérieurs
- La **stratégie nationale de santé** en cours d'élaboration pourrait
  - permettre de réaliser une partie de ces recommandations,
  - et aussi mettre en commun les connaissances et les expériences sur les politiques
- Une **commission « open data en santé »** mise en place par la Ministre va présenter des recommandations
  - afin de développer les utilisations de données par tous les acteurs