



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