

**Comparaison internationale
des inégalités sociales de
santé en Europe :
Cas du Luxembourg
avec 23 autres pays**

Anastase TCHICAYA¹
Stefaan DEMAREST²
Nathalie LORENTZ¹

*CEPS/INSTEAD, Luxembourg¹
Institut de Santé Publique, Belgique²*

CEPS/INSTEAD Working Papers are intended to make research findings available and stimulate comments and discussion. They have been approved for circulation but are to be considered preliminary. They have not been edited and have not been subject to any peer review.

The views expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of CEPS/INSTEAD. Errors and omissions are the sole responsibility of the author(s).

Comparaison internationale des inégalités sociales de santé en Europe : Cas du Luxembourg avec 23 autres pays*

Anastase TCHICAYA

Population et Emploi, CEPS/Instead, Luxembourg

Stefaan DEMAREST

Epidémiologie, Institut de Santé Publique, Belgique

Nathalie LORENTZ

Entreprise, CEPS/Instead, Luxembourg

Février 2011

Résumé

Ce texte porte sur la mesure et la comparaison des inégalités de santé liées au niveau d'éducation au Luxembourg et dans 23 autres pays européens. Les données proviennent des enquêtes/EU-SILC réalisées sous l'égide d'EUROSTAT en 2007 dans l'Union Européenne, l'Islande et la Norvège. Elles concernent les personnes âgées de 16 ans et plus dans les ménages privés. Les principales procédures mathématiques utilisées sont la modélisation linéaire généralisée et les techniques de standardisation par âge et par sexe afin de faciliter les comparaisons dans le temps et dans l'espace. Les résultats montrent l'existence d'inégalités sociales de santé, tant chez les hommes que chez les femmes dans tous les pays. Le Luxembourg occupe une position intermédiaire par rapport à ses pays voisins, une bonne position par rapport aux pays scandinaves et une moins bonne position par rapport aux pays de l'ancienne Europe de l'Est. Globalement, les inégalités sociales de santé paraissent plus élevées dans des pays où les taux de prévalence d'une moins bonne santé sont parmi les plus faibles.

Mots-clés : Différence de Prévalence, Indice d'Inégalité Relatif, inégalités de santé, Risque Attribuable à la Population, Luxembourg, Union Européenne.

JEL classification codes: D63 ; I10; I12 ; I18 ; I31

* Ce texte fait partie du projet de recherche ESANDE qui a bénéficié du soutien financier du Fonds National de la Recherche du Luxembourg (FNR) (contrat FNR/05/06/08). Une version antérieure de ce texte a été présentée aux XXX^{es} Journées de l'Association d'Economie Sociale tenues à Charleroi (Belgique) du 8 au 10 septembre 2010, et publiée dans les actes du colloque. Il s'agit ici d'une version remaniée qui porte uniquement sur l'analyse de la situation en 2007.

Correspondance : anastase.tchicaya@ceps.lu

1 Introduction

La santé est une composante essentielle du bien-être social et les questions relatives à sa distribution dans la société ainsi que sa mesure font l'objet d'un grand intérêt de la part des économistes et des épidémiologistes depuis de nombreuses années (MACKENBACH ET KUNST, 1997 ; VAN DOORSLAER AND KOOLMAN, 2002 ; ALBER AND KÖHLER, 2004 ; SALAS, 2002 ; MARMOT AND WILKINSON, 2006). La perception par les individus de leur état de santé, indicateur employé dans cette recherche, a été largement utilisée dans des études relatives au rapport entre la santé et le statut social (SALAS, 2002 ; VAN DOORSLAER AND JONES, 2003 ; EIKEMO ET AL., 2008 ; MACKENBACH ET AL., 2008) et au rapport entre la santé et le style de vie (WILKINSON AND MARMOT, 2006). Il s'agit d'une simple mesure subjective de la santé qui fournit un classement ordinal de l'état de santé perçu et qui est obtenue à partir de la question suivante : «Comment décririez-vous votre santé en général ? ». Cependant, il s'avère être aussi un puissant moyen de prédire les inégalités de mortalité (IDLER AND KASL, 1995 ; IDLER AND BENYAMINI, 1997 ; VAN DOORSLAER AND GERDTHAM, 2003) et son pouvoir prédictif ne semble pas varier à travers les groupes socioéconomiques (BURSTRÖM AND FREDLUND, 2001).

Certains pays de l'Union Européenne (UE) comme le Royaume-Uni, la Suède ou les Pays-Bas ont une longue tradition dans l'analyse des inégalités sociales de santé - qui permettent aux décideurs d'élaborer une stratégie pour lutter contre ces inégalités (Groholt et al., 2007 ; Eikemo et al., 2008 ; Mackenbach et al., 2008) - tandis que d'autres pays, entre autres, le Luxembourg, se trouvent seulement au tout début de l'évaluation des inégalités sociales de santé. La connaissance de l'ampleur de ces inégalités est nécessaire car leur réduction représente un grand potentiel pour l'amélioration de l'état de santé de la population dans son ensemble.

Cette recherche se situe dans le prolongement de plusieurs travaux susmentionnés qui mettent en relation les facteurs socioéconomiques avec la santé. Elle met en avant l'influence du niveau d'éducation sur les inégalités de santé à travers la quasi-totalité des Etats membres de l'UE. Contrairement au revenu ou au niveau de vie, le niveau d'éducation a pour avantage d'être relativement stable sur une longue période. Il est le reflet des ressources matérielles et non matérielles des personnes, du fait no-

tamment qu'il est à la fois un déterminant essentiel de la profession et du revenu, d'une part, et de la santé, d'autre part. Des études internationales (HUISMAN ET AL., 2003 ; KNESEBECK ET AL., 2006 ; EIKEMO ET AL., 2008) ont montré que l'ampleur des inégalités sociales de santé en matière d'éducation varie entre les pays. EIKEMO ET AL. (2008, 566) ont récemment analysé les différences d'inégalités de santé liées au niveau d'éducation entre pays par rapport aux régimes d'Etat-providence.

L'objectif de ce travail est de mesurer les inégalités de santé au Luxembourg et de comparer sa situation par rapport aux autres Etats membres qui ont participé à l'enquête EU-SILC. Le Luxembourg, doté d'un système de sécurité sociale de type bismarckien considéré généreux au regard du niveau élevé de ses prestations sociales¹ et ayant le revenu national brut par habitant parmi les plus élevés de l'UE, parvient-il à avoir des inégalités de santé plus faibles que les autres ?

2 Démarche méthodologique : sources et outils

Les données utilisées pour cette étude proviennent de la vague 5 (2007) de l'enquête EU-SILC relatives aux revenus et conditions de vie des ménages réalisée par différentes institutions des pays membres de l'UE plus la Norvège et l'Islande pour le compte de l'Office statistique de l'Union européenne (Eurostat). Il s'agit des données transversales de vingt quatre Etats et cela concerne des populations âgées de 16 ans et plus.

Les enquêtes EU-SILC sont organisées chaque année et les données collectées peuvent ainsi être utilisées pour aider à planifier et surveiller les politiques sociales européennes en comparant des indicateurs de pauvreté et des changements dans le temps à travers l'Union européenne. La taille des échantillons pour les vingt quatre pays qui ont réalisé l'enquête EU-SILC en 2007 est présentée dans le Tableau 1.

¹ Par exemple, les paiements à la charge du patient figurent parmi les plus faibles dans l'ensemble des pays de l'OCDE (OCDE, 2008, 133).

Tableau 1 : Taille des échantillons de l'enquête SILC par genre et par pays en 2007

	2007		
	Hommes	Femmes	Total taille échantillons
Autriche	6 332	7 059	13 391
Belgique	5 972	6 350	12 322
Chypre	4 040	4 430	8 470
République tchèque	9 094	10 290	19 384
Danemark	5 709	5 901	11 610
Estonie	5 524	6 447	11 971
Espagne	13 643	15 013	28 656
Finlande	11 082	10 691	21 773
France	9 724	10 633	20 357
Grèce	5 932	6 414	12 346
Hongrie	8 357	10 133	18 490
Irlande	5 142	5 750	10 892
Islande	3 320	3 247	6 567
Italie	21 264	23 365	44 629
Lituanie	5 000	5 913	10 913
Luxembourg	3 942	3 971	7 913
Lettonie	3 924	5 346	9 270
Pays-Bas	9 626	9 997	19 623
Norvège	5 892	5 810	11 702
Pologne	16 507	18 381	34 888
Portugal	4 665	5 282	9 947
Suède	7 069	7 135	14 204
Slovaquie (République)	5 859	6 744	12 573
Royaume – Uni	8 340	9 144	17 484

Sources : EU-SILC 2007.

Le questionnaire de l'enquête EU-SILC comprend des questions liées à la santé couvertes par le domaine de l'exclusion sociale de l'enquête. Pour mesurer la santé perçue, la question suivante était utilisée : «Comment décririez-vous votre santé en général ? ». Les catégories de réponse étaient «très bon », «bon», «assez-bon», «mauvais» et «très mauvais ». Ces catégories ont été regroupées en deux classes: «bonne santé» (très bon et bon) et «Moins bonne santé» (moyen, mauvais et très mauvais).

Comme mesure de la situation socio-économique, nous avons choisi d'utiliser le plus haut niveau d'instruction atteint. Compte tenu des différences dans les systèmes éducatifs entre les pays européens, l'utilisation de la Classification internationale du type de l'éducation (CITE) (Unesco, 1997), s'impose et nous avons choisi de considérer trois niveaux d'éducation en procédant au regroupement des niveaux disponibles pour chaque pays. Si le système éducatif luxembourgeois permettait de re-

tenir une classification à quatre niveaux, il n'en était pas de même pour des pays comme la République tchèque et le Royaume uni². Pour la majorité des pays inclus dans cette étude, plus de quatre niveaux d'enseignement étaient disponibles mais les effectifs au bas de l'échelle des niveaux d'enseignement étaient souvent très faibles. Ainsi, le niveau d'éducation regroupé en trois classes est transformé comme suit : CITE 1 (éducation primaire, éducation secondaire du premier cycle), CITE 2 (éducation secondaire du second cycle) et CITE 3 (éducation supérieure premier et deuxième cycles). Cette transformation permet d'obtenir des effectifs consistants et d'éviter une très forte sensibilité des résultats d'une année à l'autre et d'un pays à l'autre.

La comparaison de la prévalence d'une moins bonne santé entre les pays peut être entravée ou biaisée par le simple fait que la composition de la population dans les différents pays peut être différente en termes d'âge ou de sexe. Une façon de pallier ce problème a consisté à calculer la prévalence standardisée par la méthode de standardisation directe en utilisant la population standard européenne comme population de référence. L'application de la standardisation peut entraîner un décalage dans l'ordre des pays en termes de prévalence d'une moins bonne santé. Cela implique que les différences d'origine entre les pays sont en partie dues à la différence dans leurs structures d'âge respectives.

Pour évaluer des inégalités sociales dans la santé perçue dans les différents pays, trois mesures ont été employées : la différence de prévalence (DP), le risque attribuable en population (RAP) exprimé en pourcentage et l'indice d'inégalité relatif (IIR). Des différences de prévalence standardisée par âge, comme la différence de prévalence d'une moins bonne santé entre les groupes à niveaux d'éducation extrêmes, sont calculées. Elles expriment des inégalités possibles en termes absolus. L'indice de risque attribuable en population standardisé par l'âge s'adresse, contrairement à la DP, à tous les groupes éducatifs. Il est défini ici comme étant le rapport de la différence entre la prévalence totale (dans la population) et la prévalence du groupe de référence d'une moins bonne santé sur la prévalence totale (KUNST ET MACKENBACH, 1995). Il peut être interprété comme un changement relatif de la prévalence globale d'une moins bonne santé de la population si tous les groupes éduca-

² Pour ces deux pays, il n'y avait pas des données concernant les niveaux 0 et 1 les plus bas.

tifs avaient la même prévalence que le groupe ayant le niveau d'éducation le plus élevé.

Par ailleurs, il convient de signaler que les différences absolues et le RAP sont des mesures indépendantes : des faibles différences absolues peuvent être associées à des RAP élevés et vice versa.

L'association entre la perception d'une moins bonne santé et le degré d'instruction est déterminée en calculant les indices d'inégalité relatifs pour chaque pays par le genre (HAYES ET BERRY, 2002 ; MACKENBACH ET KUNST, 1997). L'IIR a l'avantage de prendre en compte l'ensemble de la distribution socioéconomique et d'éliminer la variabilité de la taille des différents groupes socioéconomiques comme source de variation de l'ampleur des inégalités en santé (MACKENBACH ET AL., 1997, 2008). Un IIR supérieur à 1 indique un rapport négatif entre le niveau scolaire et une moins bonne santé, c'est-à-dire que la prévalence d'une moins bonne santé est plus élevée parmi les personnes avec un faible niveau d'éducation par rapport aux autres. Enfin, l'IIR est calculé à partir d'une analyse d'un modèle de régression généralisée (GENMOD), avec la santé perçue comme résultat et la position relative de chaque degré d'instruction comme variable explicative, contrôlée par l'âge. Des intervalles de confiance pour cet indice sont calculés au niveau de 95%. Les résultats mis en avant sont ventilés selon le sexe.

3 Résultats

3.1 Les femmes s'estiment plus souvent en moins bonne santé que les hommes au Luxembourg et dans les autres pays

Le tableau 2 présente les prévalences de perception d'une moins bonne santé pondérées, standardisées et ventilées selon le genre en 2007. Chez les hommes, la prévalence d'une moins bonne santé est la plus faible en Irlande et la plus élevée en Lettonie en 2007, en données pondérées. Au Luxembourg, ce sont environ un quart d'hommes qui ont indiqué être en moins bonne santé. Des pourcentages qui se situent entre ceux de ses pays voisins, la Belgique et la France. Chez les femmes, les taux de prévalence sont aussi les plus faibles en Irlande et les plus élevés en Lettonie. Il correspond à 27,2% de femmes au Luxembourg. Dans tous les pays européens, la pré-

valence d'une moins bonne santé est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, il faut noter que les pourcentages des personnes ayant une perception moins bonne de leur état de santé sont en grande majorité plus élevés dans les sept pays de l'ancienne Europe de l'Est, tant chez les hommes que chez les femmes par rapport notamment aux pays de l'Europe des 15, à l'exception toutefois du Portugal et dans une moindre mesure de l'Italie (cf. tableau 2).

Bien entendu, ces taux de prévalence ne tiennent pas compte de la composition de la population en termes d'âge dans les différents pays. Les prévalences standardisées (ou ajustées) par l'âge permettent en revanche de prendre en compte le problème de la composition de la population. Ainsi, ces taux de prévalence sont en général moins élevés, tant chez les hommes que chez les femmes. Ils révèlent l'influence de la structure d'âge sur le niveau de la perception de l'état de santé dans chaque pays.

Tableau 2 : Prévalences brutes pondérées et ajustées à l'âge (avec intervalle de confiance à 95%) d'une moins bonne santé, par genre et pays, année 2007

	Hommes		Femmes	
	Brutes	Ajustées (IC)	Brutes	Ajustées (IC)
Autriche	25.9	22.6 (21.7 – 23.6)	29.2	22.7 (21.8 – 23.5)
Belgique	22.8	20.0 (19.1 – 21.0)	29.0	24.1 (23.1 – 25.1)
Chypre	20.5	19.5 (18.4 – 20.6)	25.8	23.4 (22.4 – 24.4)
République tchèque	35.8	31.4 (30.5 – 32.3)	41.3	33.4 (32.6 – 34.2)
Danemark	23.7	20.8 (19.4 – 22.3)	30.0	25.1 (23.6 – 26.7)
Estonie	44.7	43.6 (42.4 – 44.8)	48.3	39.9 (38.9 – 41.0)
Espagne	28.9	26.1 (24.4 – 26.8)	35.9	30.0 (29.4 – 30.7)
Finlande	32.4	27.2 (25.9 – 28.4)	35.1	24.9 (23.7 – 26.0)
France	26.5	22.3 (21.6 – 23.1)	32.6	26.0 (25.3 – 26.8)
Grèce	20.5	15.9 (15.1 – 16.7)	26.1	18.4 (17.6 – 19.2)
Hongrie	49.5	46.8 (45.9 – 47.7)	56.4	48.2 (47.4 – 49.1)
Irlande	15.6	15.6 (15.1 – 16.7)	16.1	14.9 (14.1 – 15.8)
Islande	19.6	19.0 (18.4 – 19.6)	27.0	23.7 (22.9 – 24.5)
Italie	32.1	26.0 (25.5 – 26.5)	40.6	30.5 (30.0 – 31.1)
Lituanie	45.4	44.6 (43.3 – 45.8)	56.1	48.6 (47.5 – 49.8)
Luxembourg	23.9	21.4 (20.2 – 22.5)	27.2	23.5 (22.2 – 24.8)
Lettonie	53.2	52.3 (50.9 – 53.7)	62.4	54.5 (53.2 – 55.8)
Pays-Bas	23.3	20.2 (19.1 – 21.3)	30.2	24.9 (23.8 – 26.1)
Norvège	22.8	21.5 (20.1 – 23.0)	27.4	22.7 (21.2 – 24.1)
Pologne	39.0	38.3 (37.7 – 38.9)	46.7	41.2 (40.6 – 41.8)
Portugal	49.1	45.0 (43.7 – 46.3)	58.7	51.0 (49.7 – 52.2)
Suède	21.3	18.0 (16.8 – 19.2)	27.2	21.7 (20.4 – 23.1)
Slovaquie (République de)	41.7	41.3 (40.3 – 42.4)	51.4	44.6 (43.6 – 45.6)
Royaume - Uni	21.3	18.4 (17.6 – 19.3)	23.8	20.6 (19.7 – 21.4)

Source : EU-SILC 2007. Calculs des auteurs.

3.2 Existence d'un gradient social conditionnant l'ampleur des inégalités de santé intra et inter – pays

3.2.1 Le gradient social de santé

Dans le tableau 3 et le tableau 4, les prévalences pondérées et standardisées d'une moins bonne santé en fonction du niveau d'instruction sont présentées. L'existence d'un gradient social d'état de santé est nette au Luxembourg, tout comme dans les autres pays, tant chez les hommes que chez les femmes. C'est-à-dire que la prévalence d'une moins bonne santé diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation des personnes augmente. Ainsi, à titre d'exemple, on peut observer dans le cas du Luxembourg la situation suivante : 27,8% des hommes ayant atteint le niveau du CITE 1 se perçoivent en moins bonne santé, 19,1% ayant atteint le niveau du CITE 2 et 13,2% ayant atteint le niveau du CITE 3 en 2007. Ces pourcentages sont compris entre ceux observés en Belgique et en France. A noter que, pour les deux niveaux d'éducation extrêmes, les proportions des hommes s'estimant en moins bonne santé allaient de 19,4% (Grèce) à 59,1% (Lituanie) en ce qui concerne le CITE 1 et de 7,8% (Irlande) à 41,3% (Lettonie) pour le niveau du CITE 3. Une image similaire se retrouve chez les femmes au Luxembourg et dans les autres pays. Plus globalement, les prévalences d'une moins bonne santé observées dans les pays de l'ancienne Europe de l'Est parmi les personnes (hommes et femmes) du groupe CITE 3 sont largement supérieures à celles observées parmi les hommes et les femmes du Luxembourg appartenant au groupe CITE 1.

3.2.2 L'ampleur des inégalités de santé est variable entre le Luxembourg et les autres pays

L'ampleur des inégalités sociales de santé au Luxembourg et dans les autres pays est donnée par les trois mesures (DP, RAP et IIR) reportées dans le tableau 3 et le tableau 4.

Chez les hommes, les inégalités sociales exprimées en écarts absolus montrent une situation de grande hétérogénéité dans et entre les pays européens, tant en 2005 qu'en 2007. Au Luxembourg, la différence de prévalence entre hommes ayant atteint

un niveau d'éducation faible (CITE 1) et ceux ayant atteint un niveau plus élevé (CITE 3) est de 14,6 points. Avec cet écart, le Luxembourg se place dans le milieu de la fourchette européenne et entre la Belgique et la France. Les écarts de prévalence d'une moins bonne santé dans les pays du nord de l'Europe (Danemark, Finlande, Islande, Norvège, Suède) sont plus élevés que ceux observés au Luxembourg ou dans des pays comme la Grèce et l'Espagne.

Chez les femmes, les différences de prévalence d'une moins bonne santé varient de 8 points (Luxembourg) à 23 points (Hongrie). Les différences de prévalence entre les femmes avec un niveau d'éducation faible et celles avec un niveau élevé sont moins importantes au Luxembourg, par rapport à ses voisins de la Belgique et de la France. Le Luxembourg a le plus faible écart de prévalence entre les groupes extrêmes de niveau d'éducation chez les femmes parmi tous les pays considérés.

Pour ce qui concerne les inégalités sociales de santé mesurées par le risque attribuable en population, il apparaît que des « gains » en santé publique non négligeables seraient possibles si toutes les personnes avaient le taux de prévalence du groupe des personnes ayant atteint le niveau d'éducation le plus élevé. En effet, les pourcentages du risque attribuable sont élevés dans beaucoup de pays, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, le risque attribuable varie de 17,5% (Lituanie) à 67,4% (Islande). Au Luxembourg, le risque attribuable se situe à 44,7% ; un niveau proche de celui des pays comme la France, la Finlande, le Danemark, les Pays-Bas et l'Autriche.

Tableau 3: Taux de prévalence ajustés à l'âge et mesures d'inégalités sociales d'une moins bonne santé chez les hommes, par niveau d'éducation et par pays, Année 2007

	Prévalence (%)			Mesures d'inégalités sociales			
	CITE			DP	RAP		
	1	2	3		(%)	HIR (IC 95%)	
Autriche	35,8	22,6	14,5	21,3	44	2,21	(1,84 - 2,49)
Belgique	26,4	19,7	13,1	13,3	42,5	2,27	(1,88 - 2,75)
Chypre	27,6	17,6	8,1	19,5	60,5	4,14	(3,19 - 5,37)
République tchèque	45,4	32,7	20,1	25,3	43,8	1,38	(1,26 - 1,51)
Danemark	33	16,4	13,1	19,9	44,7	3,23	(2,54 - 4,11)
Estonie	59	45,2	31,3	27,7	29,9	1,4	(1,29 - 1,52)
Espagne	28,8	23,3	19,4	9,4	32,9	1,78	(1,59 - 2,00)
Finlande	38,1	31,3	18,1	20	44,1	1,96	(1,71 - 2,25)
France	28	20,9	14,7	13,3	44,5	1,99	(1,74 - 2,28)
Grèce	19,4	12,7	8,3	11,1	59,5	2,9	(2,29 - 3,67)
Hongrie	56,3	47	36,4	19,9	26,5	1,22	(1,15 - 1,29)
Irlande	19,8	11,7	7,8	12	50,1	4,29	(3,17 - 5,81)
Islande	24,2	18,4	6,4	17,8	67,4	3,05	(2,13 - 4,36)
Italie	30,4	21,8	15	15,4	53,2	2,12	(1,94 - 2,31)
Lituanie	59,1	43,2	37,4	21,7	17,5	1,21	(1,10 - 1,32)
Luxembourg	27,8	19,1	13,2	14,6	44,7	2,3	(1,86 - 2,83)
Lettonie	58,4	50,5	41,3	17,1	22,4	1,18	(1,09 - 1,27)
Pays-Bas	30,3	18,6	12,1	18,2	48,1	3,55	(2,93 - 4,31)
Norvège	27,3	21	11,7	15,6	48,6	2,31	(1,84 - 2,91)
Pologne	49,3	38,3	25,4	23,9	34,9	1,42	(1,34 - 1,50)
Portugal	48	32,5	28,8	19,2	41,3	2,31	(1,88 - 2,83)
Suède	25,1	19,8	9,6	15,5	55	2,48	(1,95 - 3,15)
Slovaquie (République de)	53,4	43,1	33,1	20,3	20,7	1,18	(1,10 - 1,26)
Royaume - Uni	26,8	18	12,6	14,2	40,7	2,37	(2,00 - 2,81)

Source : EU-SILC 2007. Calculs des auteurs.

Chez les femmes, les pourcentages du risque attribuable sont également élevés dans plusieurs pays et ils varient de 27,8% (Lituanie) à 59,7% (Grèce). L'indicateur du risque attribuable confirme le fait que les inégalités de santé entre groupes de niveau d'éducation sont faibles parmi les femmes au Luxembourg (29,3%). Une situation qui se distingue nettement de ses pays voisins (Belgique et France) et de la plupart d'autres pays tant du nord de l'Europe que de l'Europe de l'Est.

Tableau 4 : Taux de prévalence ajustés à l'âge et mesures d'inégalités sociales d'une moins bonne santé chez les femmes, par niveau d'éducation et par pays, Année 2007

	Prévalence (%)			Mesures d'inégalités sociales		
	CITE			DP	RAP	IIR (IC 95%)
	1	2	3		(%)	
Autriche	31,3	20,5	12,8	18,5	56,1	2,5 (2,17 - 2,86)
Belgique	32,9	23,3	17	15,9	41,3	2,14 (1,79 - 2,55)
Chypre	31,6	17,5	13,7	17,9	46,9	4,02 (3,08 - 5,24)
République tchèque	45	32,8	22,6	22,4	45,3	1,32 (1,23 - 1,41)
Danemark	33,7	22,3	15,7	18	47,7	2,41 (1,95 - 2,99)
Estonie	51,6	41,7	32,6	19	32,5	1,35 (1,26 - 1,44)
Espagne	33,4	23,9	20,8	12,6	42,1	2,26 (2,00 - 2,55)
Finlande	29,4	26,5	16,8	12,6	52,2	1,78 (1,55 - 2,04)
France	33,7	24,5	17,1	16,6	47,6	2,26 (1,99 - 2,58)
Grèce	21,9	12,8	10,5	11,4	59,7	3,24 (2,51 - 4,18)
Hongrie	59,7	47,7	36,7	23	34,9	1,36 (1,29 - 1,43)
Irlande	23,4	10,1	9	14,4	44	4,69 (3,54 - 6,22)
Islande	32,8	28,6	13,7	19,1	49,2	2,82 (1,98 - 4,00)
Italie	34	25,5	21,5	12,5	47,1	1,84 (1,70 - 2,00)
Lituanie	61,3	51,3	40,5	20,8	27,8	1,21 (1,14 - 1,29)
Luxembourg	27,2	21,9	19,2	8	29,3	1,64 (1,32 - 2,04)
Lettonie	67,7	54,9	41,4	26,3	33,7	1,25 (1,17 - 1,33)
Pays-Bas	31,2	22,8	18	13,2	40,4	2,08 (1,75 - 2,47)
Norvège	33,3	22,5	12,8	20,5	53,3	2,82 (2,27 - 3,51)
Pologne	53,1	40,8	31	22,1	33,7	1,37 (1,30 - 1,44)
Portugal	55,1	38,4	33,7	21,4	42,6	2,3 (1,94 - 2,73)
Suède	31,5	22,9	15,3	16,2	43,8	2,21 (1,77 - 2,76)
Slovaquie (République de)	53,8	45,2	35,8	18	30,4	1,24 (1,16 - 1,32)
Royaume - Uni	30,9	18,9	13,3	17,6	44,1	2,81 (2,39 - 3,30)

Source : EU-SILC 2007. Calculs des auteurs.

En ce qui concerne l'ampleur des inégalités sociales de santé mesurées par l'indice d'inégalité relative (IIR), elle varie de 1,18 (Lettonie, Slovaquie) à 4,29 (Irlande) en 2007 chez les hommes. Comme dans le cas des précédentes mesures, le Luxembourg, avec un IIR de 2,3, se situe dans une position intermédiaire parmi les pays européens et ne diffère pas substantiellement de ses voisins. Le Luxembourg fait mieux que les Pays-Bas, la Suède et le Danemark qui ont une longue tradition de politiques de lutte contre les inégalités et il fait moins bien face à l'ensemble des pays d'Europe de l'Est. Chez les femmes, les IIR d'une moins bonne santé varient de 1,21 (Lituanie) à 4,69 (Irlande). Le Luxembourg présente un IIR inférieur à celui de la France et de la Belgique en 2007. La situation des inégalités sociales de santé chez les femmes du Luxembourg face aux autres pays est similaire à celle décrite ci-dessus pour les hommes.

En fait, la position du Luxembourg, par rapport aux autres pays, peut être illustrée comme dans le tableau 5 en se basant notamment sur les intervalles de confiance des IIR. Ainsi, les pays se trouvant au-dessus du Luxembourg sont ceux qui présentent les inégalités sociales de santé les plus élevées, et ceux situés après lui ont des niveaux plus faibles. Les pays qui n’y figurent pas sont ceux pour lesquels les intervalles de confiance se chevauchent avec ceux du Luxembourg.

Tableau 5 : Position de la situation des inégalités sociales de santé au Luxembourg par rapport aux autres pays européens en 2007.

Hommes			Femmes		
Pays	IIR	IC à 95%	Pays	IIR	IC à 95%
Irlande	4,29	[3,17 - 5,81]	Irlande	4,69	[3,54 - 6,22]
Chypre	4,14	[3,19 - 5,37]	Chypre	4,02	[3,08 - 5,24]
Pays-Bas	3,55	[2,93 - 4,31]	Grèce	3,24	[2,51 - 4,18]
			Norvège	2,82	[2,27 - 3,51]
			Royaume-Uni	2,81	[2,39 - 3,30]
			Autriche	2,50	[2,17 - 2,86]
Luxembourg	2,30	[1,86 - 2,83]	Luxembourg	1,64	[1,32 - 2,04]
Pologne	1,42	[1,34 - 1,50]	Rép. Slovaquie	1,24	[1,16 - 1,32]
Estonie	1,40	[1,33 - 1,52]	Lituanie	1,21	[1,14 - 1,29]
Rép. Tchèque	1,38	[1,26 - 1,51]			
Hongrie	1,22	[1,15 - 1,29]			
Lituanie	1,21	[1,10 - 1,32]			
Lettonie	1,18	[1,09 - 1,27]			
Rép. Slovaquie	1,18	[1,10 - 1,26]			

Source : EU-SILC 2007. Calculs des auteurs

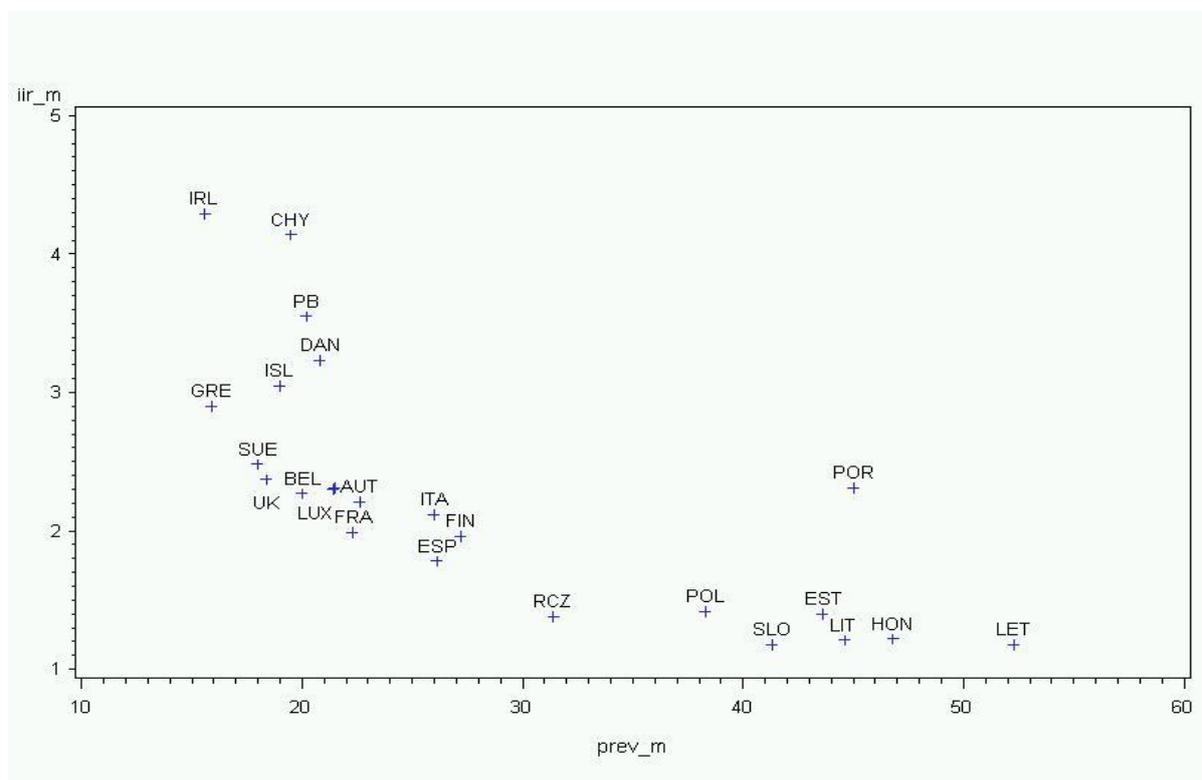
3.2.3 Lien entre taux de prévalence d’une moins bonne santé et inégalité de santé

L’examen du niveau des inégalités sociales de santé à travers les différents pays, au regard de leurs taux de prévalence d’une moins bonne santé, fait apparaître un lien inverse entre ces deux indicateurs. En effet, dans les pays à fort taux de prévalence d’une moins bonne santé (c’est-à-dire prévalence > 30%), les niveaux d’inégalités sociales de santé sont faibles. Et, à contrario, dans les pays où les taux de prévalence sont inférieurs à 30%, les niveaux des inégalités sociales de santé sont

élevés, notamment quand ces taux sont inférieurs à 20% (cf. graphiques 1 et 2). Cette relation s'observe autant chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi, les inégalités sociales de santé sont les plus faibles dans l'ensemble des pays de l'Europe de l'Est membres de l'Union européenne alors même que les taux de prévalence d'une moins bonne santé sont les plus élevés. Cependant, le Portugal présente une situation atypique parmi les pays de l'Europe de l'Ouest, membres de l'Union européenne. En effet, dans ce pays, les inégalités sociales de santé ainsi que la prévalence d'une moins bonne santé sont élevées (cf. graphiques 1 et 2).

Graphique 1 : Relation entre l'indice d'inégalité relative de santé et taux de prévalence chez les hommes en 2007



Source : EU-SILC 2007; calculs des auteurs

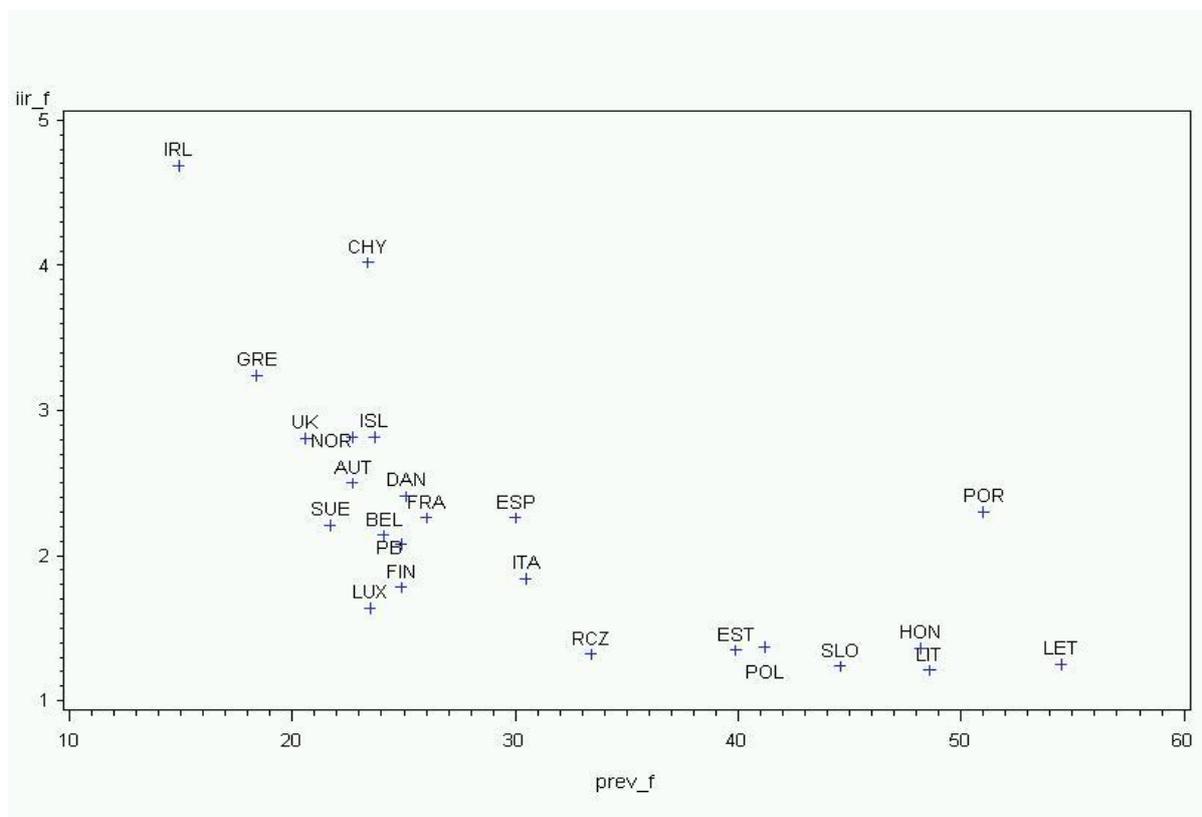
Légende :

iir_m = indice d'inégalité relative pour les personnes de sexe masculin (en unité)

prev_m = prévalence d'une moins bonne santé chez les personnes de sexe masculin (en %)

AUT = Autriche, BEL = Belgique, CHY = Chypre, RCZ = République Tchèque, DAN = Danemark, EST = Estonie, ESP = Espagne, FIN = Finlande, FRA = France, GRE = Grèce, HON = Hongrie, IRL = Irlande, ISL = Islande, ITA = Italie, LIT = Lituanie, LUX = Luxembourg, LET = Lettonie, PB = Pays-Bas, NOR = Norvège, POL = Pologne, POR = Portugal, SUE = Suède, SLO = République de Slovaquie, UK = Royaume Uni

Graphique 2 : Relation entre l'indice d'inégalité relative de santé et taux de prévalence chez les femmes en 2007



Source : EU-SILC 2007 ; calculs des auteurs

Légende :

iir_f= indice d'inégalité relative pour les personnes de sexe féminin (en unité)

prev_f= prévalence d'une moins bonne santé chez les personnes de sexe féminin (en %)

AUT = Autriche, BEL= Belgique, CHY= Chypre, RCZ= République Tchèque, DAN= Danemark, EST= Estonie, ESP= Espagne, FIN= Finlande, FRA= France, GRE= Grèce, HON= Hongrie, IRL= Irlande, ISL= Islande, ITA= Italie, LIT= Lituanie, LUX= Luxembourg, LET= Lettonie, PB= Pays-Bas, NOR= Norvège, POL= Pologne, POR= Portugal, SUE= Suède, SLO= République de Slovaquie, UK= Royaume Uni

4 Discussion et conclusion

Les niveaux de prévalence d'une moins bonne santé en 2007 observés au Luxembourg se situent dans la moyenne des pays européens étudiés et surtout sont proches de ceux de ses voisins la Belgique et la France avec un net avantage en ce qui concerne la situation des femmes.

La mesure du risque attribuable en population a permis de mettre en évidence, d'un point de vue de la Santé publique, les possibilités existantes de réduction de la prévalence globale d'une moins bonne santé dans chaque pays si toutes les personnes avaient la même prévalence que celles des personnes ayant le niveau d'éducation le plus élevé. Sur la base de cette mesure, le Luxembourg occupe une position moyenne chez les hommes et une position de premier plan chez les femmes.

L'indice d'inégalité relative, en tenant compte de la répartition de la population dans les différents niveaux d'éducation, permet de produire des écarts de l'état de santé liés au niveau d'éducation. Ainsi, tant chez les hommes que chez les femmes, les niveaux des IIR sont les plus bas (c'est-à-dire compris entre 1 et 1,5) dans les pays de l'Europe de l'Est membres de l'UE, et les plus élevés ($IIR > 2,5$) en Irlande, aux Pays-Bas, au Danemark, en Islande, en Grèce et à Chypre. Ces résultats sont proches de ceux trouvés par d'autres études (Mackenbach et al., 2008 ; Eikemo et al., 2008). Le Luxembourg occupe quant à lui, globalement, une position intermédiaire.

Le fait que des inégalités de santé ne soient pas systématiquement plus faibles dans les pays scandinaves par rapport à celles observées dans les pays anglo-saxons et dans les pays de l'Est, par exemple, a été jugé surprenant par plusieurs auteurs au motif que ces pays auraient une longue tradition de politiques socioéconomiques égalitaristes (Mackenbach et al., 2008 ; Eikemo et al., 2008). En fait, tout laisse à penser que dans les pays où la perception d'une moins bonne santé est un phénomène rare, grâce à la conjonction de plusieurs facteurs tels que l'existence d'un système de santé et protection sociale bien développé, une économie dynamique, etc., des inégalités sociales de santé y sont plutôt importantes. Cela est probablement dû au fait que les personnes plus instruites ou ayant une position sociale plus favorable seraient les

premières bénéficiaires des progrès du système. A l’opposé, l’existence d’inégalités sociales de santé de très faible ampleur dans les pays de l’Europe de l’Est, membres de l’Union européenne, peut être interprétée comme une conséquence du système politico-économique prévalant avant la chute du mur de Berlin (régime communiste). Ayant “peu de différences des classes”, notamment en matière d’accès aux soins de santé, la prévalence d’une moins bonne santé demeure répandue entre les différents niveaux des systèmes éducatifs.

Par ailleurs, étant donné l’existence de problèmes d’hétérogénéité inhérents à toute démarche comparative, nos travaux peuvent être confrontés à certaines limites relatives, notamment, à la mesure de l’état de santé et de la position socioéconomique retenue. Dans le premier cas, il peut exister des biais possibles de mesure de l’état de santé qui seraient dus soit au mode d’administration des questions, soit à l’influence de la morbidité et des caractéristiques des répondants (Hernandez-Quevedo et al., 2004). Concernant le deuxième cas, la position socioéconomique à travers le niveau d’éducation est influencée par l’organisation des systèmes d’enseignement dans chaque pays. En outre, l’évaluation subjective de l’état de santé peut être aussi affectée par une plus ou moins grande spécificité culturelle à se plaindre ou à être plus ou moins pessimiste (Camirand et al., 2009).

En définitive, l’ampleur des inégalités sociales de santé au Luxembourg peut être jugée modérée au regard de celle observée dans les autres pays, en particulier, aux Pays-Bas, au Danemark, en Irlande et en Islande. Toutefois, il existe, comme l’ont montré les indices de risque attribuable pour la population, un potentiel pour l’amélioration de l’état de santé dans son ensemble grâce à la mise en place de politiques volontaristes visant la réduction des inégalités sociales de santé. Ces résultats montrent que les décideurs politiques peuvent se trouver, dans leurs actions, en présence d’un dilemme de type efficacité-équité. L’efficacité consisterait ici à réduire la prévalence des problèmes de santé, et l’équité à réduire les inégalités (ou les écarts) de santé entre les différentes couches sociales d’un pays. Or, il se trouve que peu de pays parviennent à concilier les deux. Tel serait donc l’un des défis majeurs de santé publique pour l’ensemble des pays. Aussi, quel pourrait être le niveau d’inégalité de santé socialement acceptable sans ébranler les fondements des différents mécanismes de protection sociale et de solidarité existants ?

Références

Alber J. and Köhler U. (2004), Health in an enlarged Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Burström B. and Fredlund P. (2001), “Self rated health : is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:836-840.

Camirand J, Sermet C, Dumitru V, Guillaume S. (2009), “Self-assessed health of individuals aged 55 and over in France and Québec: differences and similarities”. *Questions d'économie de la santé* ;142:1-8.

Eikemo T. A., Huisman M., Bambra C., and Kunst A.E. (2008), “Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, N° 4, 565-582.

Grøholt E.-K., Dahl E. and Elstad J.I. (2007), “Health inequalities and the welfare state”, *Norsk Epidemiologi* ; 17 (1): 3-8.

Hayes LJ, Berry G. (2002), “Sampling variability of the Kunst-Mackenbach relative index of inequality”. *Journal of Epidemiology and Community Health* ;56(10):762-5.

Hernandez-Quevedo, C. et al. (2004), “Reporting bias and heterogeneity in self-assessed health. Evidence from the British Household Panel Survey”. *Discussion Papers in Economics*, N°18, University of York, 1-30.

Huisman M., Kunst a.e. and Mackenbach j.p.(2003), “Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview”, *Social Science and Medicine* 57

Idler E.L. and Benyamini Y. (1997), “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies”. *Journal of Health and Social Behavior* 38(1):21-37.

Idler E.L. and Kasl S.V. (1995), “Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?”, *Journal of Gerontology* 50B, S344-S353.

Knesebeck O.v.d., Verde P.E. and Dragano. (2006), “Education and health in 22 European countries”, *Social Science and Medicine* 63, 1344-1351.

Kunst AE and Mackenbach j.p. (1995), “Measuring socioeconomic inequalities in health”, World Health Organization.

Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al. (2005), “Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries”, *Int J Epidemiol*, 34(2):295-305

Mackenbach J.P. and Kunst A.E. (1997), “Measuring the magnitude of socioeconomic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe”, *Social Science and Medicine*, 44:757-71.

Mackenbach J.P. et al. (2008), “Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries”, *The New England Journal of Medicine*, 358:2468-81.

Marmot, M. and Wilkinson, R.G. (2006): *Social Determinants of Health*. 2nd Edition. Oxford:Oxford University Press. 366 pages.

Salas C. (2002), "On the empirical association between poor health and low socioeconomic status at old age", *Health Economics*, 11: 207-220.

UNESCO. *International Standard Classification of Education, ISCED 1997*. 1-31. 1997.

van Doorslaer E, Gerdtham UG. (2003). Does inequality in self-assessed health predict inequality in survival by income? Evidence from Swedish data. *Soc Sci Med*. 2003 Nov;57(9):1621-9.

Van Doorslaer E. and Koolman X. (2002): Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *ECuity II Project Working Paper # 6*.

Van Doorslaer E. and Jones A.M. (2003), "Inequality in self-reported health : validation of a new approach to measurement", *Journal of Health Economics*, 22(1): 61-87.

CEPS
I N S T E A D

B.P. 48
L-4501 Differdange
Tél.: +352 58.58.55-801
www.ceps.lu