

Définition et mesure

Les inégalités de santé peuvent se mesurer de plusieurs façons. Deux indicateurs sont présentés ici qui se rapportent tous les deux à la mortalité (de préférence à la morbidité). Le premier mesure la dispersion des âges au décès – ou de la durée de vie – chez les individus de différents pays de l'OCDE, tel que définie par Edwards et Tuljapurkar (2005). La mesure spécifique de l'âge de décès utilisé est l'écart-type de tous les décès survenus après l'âge de 10 ans. Les principaux avantages de cet indicateur sont sa simplicité et le fait qu'il mesure directement l'inégalité de santé entre individus. Il est basé sur les données de la Base de données de la mortalité humaine et existe en séries chronologiques pour la plupart des pays de l'OCDE et hors OCDE, à la fois pour l'ensemble de la population et par sexe.

Le second indicateur représente le taux de mortalité moyen de différentes catégories de population. Les inégalités entre catégories peuvent s'exprimer aussi bien en termes absolus (différence entre les espérances de vie de différentes catégories) qu'en termes relatifs (rapport des espérances de vie). La plupart des études portant sur les inégalités de santé entre catégories de population s'appuient sur les données des registres de décès (nombre de décès intervenus dans une période donnée à l'intérieur de sous-catégories de la population) liées aux données de recensement (sur le nombre de personnes de chaque catégorie). Si plusieurs études ont analysé ces inégalités au plan national, au plan international on a peu d'informations en ce sens que les mesures existantes diffèrent par les caractéristiques des individus (niveau d'instruction, revenu, lieu de résidence, appartenance ethnique), la population de référence (souvent limitée aux personnes âgées), la couverture géographique (souvent limitée à certaines villes du pays) et les années. Ces différences font qu'il n'est pas toujours possible de comparer directement d'un pays à l'autre l'importance de ces inégalités de santé. Les estimations présentées ici, tirées de Mackenbach (2006), sont limitées aux pays européens.

Les inégalités de santé sont très présentes, non seulement entre les pays mais aussi à l'intérieur d'un même pays. Le graphique HE6.1 illustre l'évolution d'un indicateur des inégalités de santé – l'écart type de l'âge de décès après 10 ans (c'est-à-dire en faisant abstraction du recul des taux de mortalité infantile intervenu dans tous les pays de l'OCDE). Parmi les pays de l'OCDE, c'est aux États-Unis et en France que la dispersion a été la plus forte en 2003 et aux Pays-Bas et en Suède qu'elle a été la plus faible. Le Japon, qui est parti d'un niveau proche de celui des États-Unis en 1960, a enregistré de fortes baisses jusqu'au début des années 90, mais des augmentations depuis (Edwards et Tuljapurkar, 2005). Le Danemark en revanche, qui était parti de faibles niveaux d'inégalité, proches de ceux de la Suède, a enregistré de fortes augmentations jusqu'en 1990 et des reculs ensuite. Globalement, les baisses de cette mesure des inégalités de santé depuis 1960 sont faibles comparées aux périodes précédentes.

Les différences entre pays des inégalités de santé au niveau des individus tiennent à des différences à la fois entre catégories et à l'intérieur de mêmes catégories. Les personnes qui ont un faible niveau d'instruction, un faible revenu et appartiennent à des catégories professionnelles de niveau inférieur tendent à mourir plus jeunes et à présenter, durant leur courte vie, une prévalence plus élevée de différents problèmes de santé (Mackenbach, 2006). Le graphique HE6.2 montre une « gradient social » à la hausse dans l'espérance de vie à la naissance selon la qualification en Angleterre et au pays de Galles – l'espérance de vie augmente lorsqu'on passe de travailleurs manuels non qualifiés à des travailleurs qualifiés, de travailleurs manuels à travailleurs non manuels, et de simples employés à des cadres. Les inégalités d'espérance de vie moyenne sont également

marquées entre groupes ethniques : elles vont de 6½ ans entre Afro-Américains et Blancs aux États-Unis (2003) et entre Indiens et non-Indiens au Canada (1998) à 18 ans pour les Aborigènes et les insulaires du détroit de Torres comparées à la population non aborigène en Australie (1996-2000).

Dans les pays européens, les personnes peu instruites ont en moyenne une espérance de vie inférieure d'environ 15 % à celle des personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé (graphique HE6.3). Ces inégalités sont plus importantes pour les hommes que pour les femmes, et se réduisent à mesure que la population vieillit. Il n'y a pas de réduction constante de ces inégalités de santé entre catégories au fil du temps, et on observe même dans certains pays européens un accroissement (Mackenbach 2006). Cependant, même si elles sont importantes, ces inégalités entre catégories n'expliquent qu'une partie des différences entre pays de la dispersion de l'âge de décès des individus, ce qui montre que d'autres facteurs – relatifs par exemple à la génétique et à la diversité des modes de vie – ont leur importance (Edwards et Tuljapurkar, 2005).

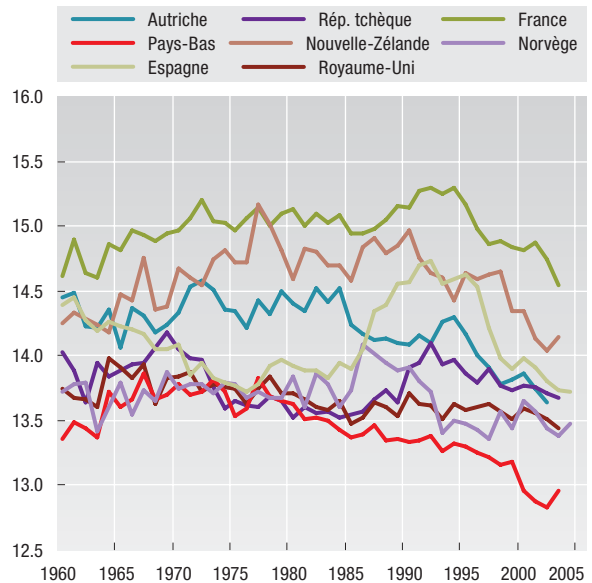
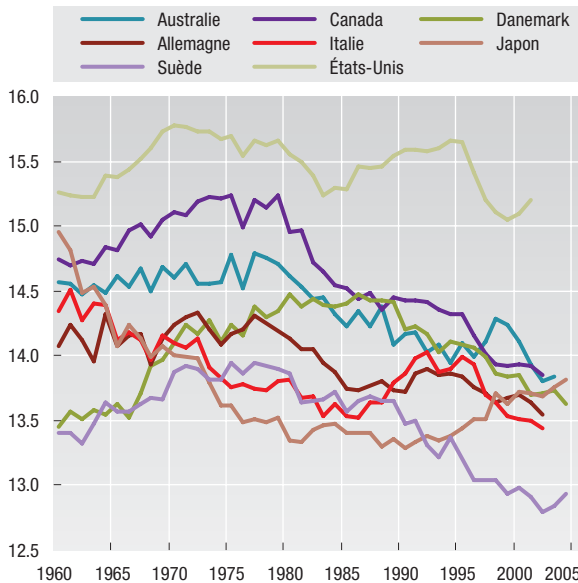
Conscients de ces inégalités, plusieurs pays européens ont adopté des stratégies de santé publique ou d'autres mesures visant à réduire ces écarts (Mackenbach et Bakker, 2003). Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne ont toutes deux récemment mis en place des Commissions portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Indicateurs de l'état de la société : Espérance de vie (HE1), Santé mentale (HE7), Mobilité intergénérationnelle (EQ4).

Indicateurs de réponse de la société : Dépenses de soins de longue durée (HE5).

HE6.1. C'est aux États-Unis et en France que la dispersion des âges de décès est la plus forte

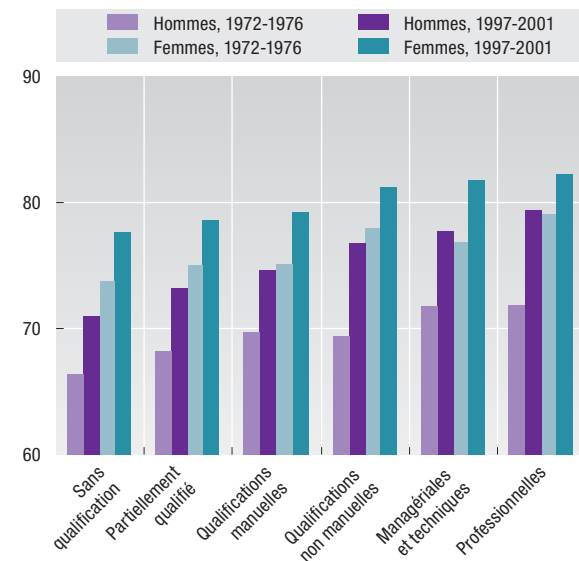
Écart type de l'âge de décès après 10 ans, hommes et femmes ensemble



Source : Edwards, R.D. et S. Tuljapurkar (2005), « Inequality in Life Spans and a New Perspective on Mortality Convergence Across Industrialised Countries », *Population and Development Review*, vol. 34, n° 4, décembre.

HE6.2. Le gradient social de l'espérance de vie monte en fonction de la qualification

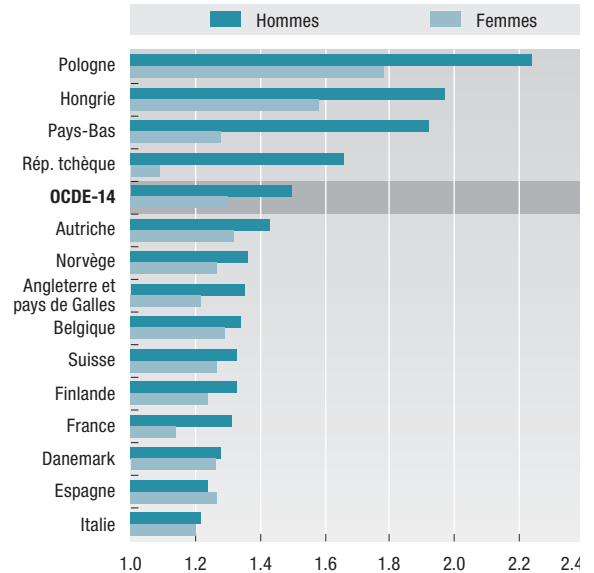
Espérance de vie à la naissance en Angleterre et au pays de Galles selon la qualification



Source : National Statistics, « Trends in life expectancy by social class, 1972-2001 », United Kingdom Statistical Office.

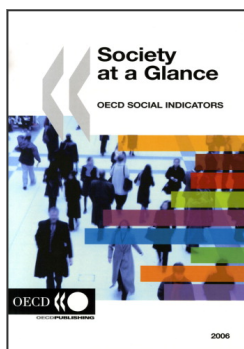
HE6.3. Le taux de mortalité est plus élevé chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction

Ratio des taux de mortalité entre individus de faible niveau et de niveau élevé d'instruction dans quelques pays européens



Note : Les pays sont classés par ordre décroissant des inégalités relatives chez les hommes. Ces inégalités relatives sont mesurées par le ratio du taux de mortalité entre la catégorie à faible niveau d'instruction et la catégorie à niveau élevé d'instruction. Les estimations nationales peuvent porter sur des groupes d'âge différents. Source : Mackenbach, J.P. (2006), « Health Inequalities: Europe in Profile », Présidence britannique de l'Union européenne, février.

Pour en savoir plus ■ Edwards, R.D. et S. Tuljapurkar (2005), « Inequality in Life Spans and a New Perspective on Mortality Convergence Across Industrialised Countries », *Population and Development Review*, vol. 34, n° 4, décembre. ■ Mackenbach, J.P. et M.J. Bakker (2003), « Tackling Socioeconomic Inequalities in Health: analysis of European experiences », *The Lancet*, octobre.



Extrait de :
Society at a Glance 2006
OECD Social Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/soc_glance-2006-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2007), « Inégalités de santé », dans *Society at a Glance 2006 : OECD Social Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/soc_glance-2006-29-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.