

VIII. INEGALITE DANS LA SANTE

1. Le Rapport sur la santé dans le monde 2000

Le Rapport sur la santé dans le monde 2000 définit « l'inégalité totale de la santé » comme la « différence interindividuelle de l'espérance de vie en bonne santé », basant ainsi l'évaluation de l'inégalité sur la variation de l'espérance de vie en bonne santé entre les individus, et non pas entre les groupes. Un des aspects conceptuels importants de cette approche tient au fait que l'espérance de vie en bonne santé d'un individu ne peut être observée et qu'elle doit être estimée. Le Rapport affirme que l'approche idéale consiste à combiner les risques individuels de mauvaise santé et de décès aux différents âges dans une mesure de l'espérance de vie en bonne santé, et à synthétiser la distribution de ces risques dans une mesure de l'inégalité interindividuelle. Toutefois, en raison du manque de données internationales sur les risques individuels parmi les groupes d'âges, le Rapport sur la santé dans le monde 2000 n'a pu évaluer que l'inégalité dans la probabilité (durée) de survie des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.

L'indice d'inégalité utilisé dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 est le suivant :

$$II[\alpha, \beta] = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n |h_i - h_j|^\alpha}{2n^2 \bar{h}^\beta}$$

où h_i est le temps de survie attendu d'un enfant i , n le nombre d'enfants de la population, et \bar{h} la moyenne des temps de survie attendu de tous les enfants. Le paramètre *alpha* est calculé à partir des entrevues destinées à évaluer l'aversion pour l'inégalité, et le paramètre *bêta* est calculé de la même façon à partir des préférences individuelles pour une mesure relative plutôt qu'absolue de l'inégalité. Les paramètres *alpha* et *bêta* ont été estimés à l'aide de l'information obtenue grâce aux entrevues conduites par internet auprès de 1 600 personnes environ.

On a appliqué l'indice d'inégalité ci-dessus à la survie des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans, et cet indice est appelé *Indice d'inégalité de la survie des enfants*. On a estimé les taux de survie et les profils de risques individuels à partir de l'historique des naissances des mères et d'autres covariables en utilisant les bases de données des enquêtes démographiques et sanitaires de 50 pays. Comme on l'a mentionné plus tôt, aucune mesure de l'inégalité dans la santé des adultes n'a été calculée dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000.

2. Principaux commentaires et critiques

Variation partielle ou totale de la santé

Un des problèmes du concept d'inégalité totale de la santé est qu'il comprend toutes les variations de la santé d'une population, sans prendre position sur la part de la variation qui n'est pas équitable. Par exemple, au cours de la consultation technique sur les inégalités de la santé, on s'est demandé si les risques génétiques ou volontaires devaient être exclus de l'évaluation de la variation totale, ce qui dénote un certain malaise à l'idée que toute variation interindividuelle ne soit pas équitable.

Approche de l'inégalité interindividuelle ou entre les groupes sociaux

L'approche de l'inégalité interindividuelle du Rapport sur la santé dans le monde 2000 a suscité des débats passionnés au sujet du caractère probant et de la pertinence de l'évaluation de l'inégalité interindividuelle par rapport à celle de l'inégalité entre les groupes sociaux. Un certain nombre d'analyses (Braveman et coll., 2001; Houwelling et coll., 2001; Uga et coll. 2001; Szwarcwald 2002) ont montré l'indépendance relative des mesures de l'inégalité entre les groupes sociaux par rapport à l'indice présenté dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, et elles se sont prononcées en faveur des évaluations de l'inégalité à la fois interindividuelle et entre les groupes sociaux.

Inégalité des risques dans l'espérance de vie en bonne santé

On ne sait pas clairement si les méthodes utilisées par l'OMS pour évaluer les distributions sous-jacentes des risques peuvent s'appliquer dans des situations où il n'existe aucune donnée individuelle. Wolfson et Rowe (2001) ont évoqué des problèmes concernant l'utilisation des données liées à de petites zones géographiques selon ces modèles, parce que ces derniers reposent sur l'hypothèse que la population de ces zones est homogène; quand cette hypothèse ne se vérifie pas, ces méthodes ne devraient pas être utilisées.

Indice d'inégalité de la survie des enfants

Szwarcwald (2002) a mis l'accent sur le fait que, dans la plupart des pays, l'indice d'inégalité de la survie des enfants ne s'appuyait pas sur les données de survie des enfants, mais qu'il faisait des estimations à l'aide d'un modèle de régression. Cela est perçu comme une des principales faiblesses du Rapport sur la santé dans le monde 2000.

On a justifié le choix du groupe d'âge (survie jusqu'à l'âge de 2 ans) en affirmant que les souvenirs des mères sur la survie des enfants, au-delà de l'âge de 2 ans, pouvaient être trompeurs et que les risques de survie, et leur classification, ne sont pas vraiment différents de ceux des enfants plus âgés (jusqu'à l'âge de 5 ans). Toutefois, on trouve d'importantes différences dans les causes et les risques de décès des enfants à différents âges (nouveau-nés, enfants en bas âges et enfants) et à différents niveaux de mortalité globale (élevée et basse), faisant ainsi surgir la question de la pertinence de cette tranche d'âge pour capter l'inégalité de la survie des enfants.

Étant donné que l'indice d'inégalité de survie des enfants (coefficient de Gini généralisé) est homogène au degré 2,5, il est important de décider si la survie est mesurée en mois ou en années (Szarcwald 2002). En outre, définir l'indice d'égalité de survie comme le complément de l'indice d'inégalité de survie (1 moins l'indice d'inégalité) ne serait correct à proprement parler que si le dernier est une mesure relative (Szarcwald 2002). Ces deux considérations affectent l'échelle utilisée pour mesurer l'inégalité.

Puisque l'indice est un coefficient de Gini généralisé, il ne peut être décomposé en ses composantes par simple soustraction (les inter-composantes et les intra-composantes s'additionnant pour donner l'inégalité totale). Il en résulte que les contributions mesurées des divers facteurs de l'inégalité dépendent de l'ordre dans lequel elles ont été introduites dans l'exercice de décomposition (par exemple, en gardant le revenu fixe d'abord, puis l'éducation, ou l'inverse). L'ordre de grandeur des composantes sera par conséquent difficile à évaluer sans ambiguïté.

Les valeurs empiriques de la mesure de l'inégalité révèlent un très petit écart entre les pays qui ont une faible mortalité infantile. Toutefois, la littérature sur ce sujet a noté que des inégalités résiduelles importantes dans la survie des enfants entre les groupes sociaux existaient dans les pays à faible mortalité infantile, mais qu'elles n'étaient pas relevées ou corrigées par l'indice d'inégalité de l'OMS (Houweling et coll., 2001; Leon et coll., 2001; Szarcwald 2002).

Les spécifications des risques de survie des enfants liés aux caractéristiques maternelles ne peuvent pas inclure d'importantes covariables environnementales et résiduelles. Comme l'ont remarqué Wolfson et Rowe (2002), les données croisées des enquêtes démographiques et sanitaires peuvent ne pas être d'une qualité suffisamment bonne pour estimer l'inégalité des risques.

Les données des enquêtes démographiques et sanitaires sont utilisées pour calculer la mesure de l'inégalité dans la survie des enfants au cours de l'année 2000. Toutefois, les données des enquêtes démographiques et sanitaires sont collectées irrégulièrement dans la plupart des pays, et les estimations de l'inégalité pour l'année 2000 couvrent un large éventail d'années (1975-1985; 1985-1995). Szarcwald (2002) s'est interrogé sur ce

que représentent vraiment ces estimations en fonction des données étudiées, et sur l'intervalle de temps réaliste à respecter pour le calcul de nouveaux indices.

Comme l'ont souligné Braveman et coll. (2001), Houweling et coll. (2001), Leon et coll. (2001), Uga et coll. (2001) et Szwarcwald (2002), le principe directeur de cette mesure de « l'inégalité totale de la santé » repose sur une analyse de ses facteurs déterminants, lesquels ne figurent pas dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000.

Questions techniques clés

Norme d'égalité

L'approche actuelle de l'OMS concernant la mesure de l'inégalité dans la santé est fondée sur la variation totale de la santé interindividuelle au sein d'une population. La question qui reste en suspens est de savoir s'il existe une norme d'équité commune, qui conviendrait à tous les pays, par rapport à laquelle on pourrait évaluer cette variation.

Paramètre alpha – aversion pour l'inégalité

Les valeurs de ce paramètre sont susceptibles d'être subordonnées au groupe d'âge et au type de résultats de santé pris en considération. Par exemple, les populations peuvent avoir une plus grande aversion à l'égard d'un certain niveau d'inégalité de la santé des enfants comparativement à un niveau identique d'inégalité de la santé des adultes. De même, le paramètre *alpha* peut être plus sensible à l'inégalité de la survie que des états de (mauvaise) santé.

Paramètre bêta – mesures relatives ou absolues

Il est important de remarquer que la mesure totale de l'inégalité de la santé de l'OMS se trouve entre une mesure purement absolue et une mesure purement relative. En tant que telle, elle diffère de la plupart des mesures utilisées dans la documentation spécialisée, et l'OMS doit être claire en ce qui concerne l'interprétation de cette mesure.

3. Réponses et propositions de l'OMS

Variation de santé partielle ou totale

L'OMS suggère que les inégalités entre les groupes sociaux dans les résultats de santé ne tiennent pas compte des inégalités présentes au sein des groupes sociaux, et soutient que la faible espérance de vie en bonne santé des individus doit être considérée indépendamment de leur appartenance à

un groupe social. Donc, l'OMS propose de continuer à mesurer l'inégalité totale ou globale de la santé au sein d'une population, idéalement selon l'inégalité de l'espérance de vie ajustée de l'état de santé (EVAES). De plus, l'OMS propose de porter une attention particulière à la santé des pauvres en ayant recours aux données sur les biens (« revenu permanent ») provenant de l'Enquête sur la santé dans le monde afin de définir la pauvreté.

L'OMS a intensifié ses efforts visant à améliorer la disponibilité des données grâce à de multiples sources, y compris les enquêtes démographiques et sanitaires, le Pan-Arab Project on Children, l'enquête en grappe à indicateurs multiples de l'UNICEF et un module abrégé d'historique des naissances dans l'Enquête sur la santé dans le monde (pour les pays n'ayant pas d'enquête démographique et sanitaire récente). Des données pertinentes sur l'historique des naissances provenant de plus de 120 pays doivent être disponibles pour le prochain cycle d'estimation de l'inégalité de la survie des enfants.

On a utilisé les covariables du risque de mortalité infantile dans une analyse de « décomposition » afin de déterminer l'effet du changement d'une covariable sur l'indice d'inégalité (par ex. enlever l'inégalité du revenu ou augmenter les niveaux d'instructions). Ce travail constitue une réponse claire de la part de l'OMS à la critique concernant le bien-fondé de la politique mesurant une inégalité purement interindividuelle. Cette analyse vise à établir les principales sources d'inégalité au sein d'une population dans l'idée de suggérer des politiques et des interventions afin de réduire ces inégalités. Par exemple, améliorer l'accès aux soins de santé semble faire baisser l'indice d'inégalité de la survie des enfants.

Inégalité de la santé des adultes

En réponse aux critiques concernant le manque de pertinence de cet indicateur pour les pays à haut revenu, l'OMS a entrepris d'élaborer des méthodes d'estimation de l'inégalité de l'espérance de vie en bonne santé. Un modèle d'analyse de survie a été élaboré afin d'estimer la distribution de fréquence des risques de mortalité adulte. Ce modèle est semblable à celui utilisé pour les enfants et il peut être utilisé pour des données individuelles tirées des enquêtes sanitaires et des recensements, qui ont été mis en relation avec des informations des données d'état civil dans certains États Membres. Le modèle d'analyse de survie comprend une composante de fragilité partagée capable de capter les effets non mesurés de la collectivité sur la mortalité adulte.

Cette approche, tout en convenant aux pays à haut revenu ayant des registres d'état civil sophistiqués et des bases de données informatisées sur les recensements et les enquêtes sanitaires, est difficile à utiliser dans la plupart des États Membres. Pour les États Membres où les données individuelles ne sont pas disponibles, l'OMS est en train d'élaborer des techniques statistiques afin d'estimer la classification des risques de mortalité

à partir de données couvrant de petites zones. Wolfson et Rowe (2002) et Szwarcwald (2002) ont remarqué que l'approche consistant à utiliser des données pour de petites zones dépend de l'établissement des zones géographiques et de l'homogénéité de leur population. Il est inévitable que les données des petites zones sous-évaluent le niveau réel d'inégalité. Pour quantifier l'étendue de cette sous-estimation, l'OMS propose de comparer les résultats tirés des analyses de ces petites zones avec les résultats tirés des analyses des données individuelles portant sur environ 10 États Membres où les deux types de données sont disponibles.

Les modèles statistiques et les techniques de micro-simulation qui ont été élaborés et qui sont utilisés par Statistique Canada aideront à mettre en œuvre cette stratégie. Si on découvre une relation systématique entre les estimations tirées des deux types de données, les données provenant de petites zones pourront être utilisées avec plus de confiance pour estimer la distribution des risques de mortalité des adultes quand les données individuelles ne sont pas disponibles. Dans ce cas, l'OMS entreprendrait une analyse de l'inégalité dans la santé pour de petites zones dans un certain nombre d'États Membres (environ 50 à 60) où il existe des données d'état civil et de santé pour de petites zones relativement homogènes, comme des municipalités ou des pays.

Inégalité des états de santé

Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000, on ne trouve pas de mesures de l'inégalité de la santé liée aux conséquences non mortelles des maladies. Cela ne reflète pas seulement l'absence de données pour une telle évaluation, mais aussi le défi consistant à déterminer un indicateur approprié pour les conséquences non mortelles des maladies, qui peut servir à mesurer l'inégalité.

Dans son Enquête multi-pays 2000-2001, l'OMS a collecté des données sur les états de santé dans des échantillons nationaux représentatifs d'hommes et de femmes de tous les âges de façon à permettre des comparaisons entre les pays. L'OMS propose d'intégrer la classification des états de santé par âge et par sexe à l'estimation de l'espérance de vie ajustée de l'état de santé des États Membres. Des résultats préliminaires de l'analyse de ces données suggèrent que les tendances observées dans la survie, où il y a une plus grande variation chez les hommes que chez les femmes, sont différentes des tendances des conséquences non mortelles des maladies où il y a une plus grande variation chez les femmes (adultes) que chez les hommes (adultes). Cela souligne l'importance pour l'OMS de terminer cette analyse et de poursuivre l'Enquête sur la santé dans le monde afin d'établir des rapports sur l'inégalité de la santé à l'avenir.

4. Commentaires et recommandations du GESI

Variation de santé partielle ou totale

Le concept d'inégalité totale dans la santé, définie comme une « variation interindividuelle », remet en cause le motif qui pousse à mesurer l'inégalité dans la santé. Les systèmes de santé souhaitent-ils évaluer les performances distributionnelles en décrivant la variation totale — une conception peut-être trop exhaustive de l'inégalité ? Ou les systèmes de santé s'intéressent-ils à l'évaluation de la performance distributionnelle décrivant les inégalités considérées comme non équitables (qui constituent un sous-ensemble de la variation totale) ? Le GESI recommande que l'OMS continue à encourager le débat sur ces deux approches.

Des mesures multiples ou une mesure unique de l'inégalité

Nous reconnaissons que l'OMS a besoin d'utiliser une mesure unique de l'inégalité dans son estimation finale des réalisations d'un système de santé. Mais comme le niveau moyen de la santé d'une population est présenté séparément dans un rapport de l'OMS, cette mesure peut être une mesure purement relative. En plus de la mesure unique utilisée dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé, l'OMS devrait aussi faire un rapport sur l'inégalité dans la santé en s'appuyant sur d'autres mesures synthétiques comme l'écart interquartile, le coefficient de Gini et le coefficient de variation. Il faudra peut-être calculer une combinaison de mesures afin d'englober les problèmes touchant différents aspects de l'inégalité.

Mesures de l'inégalité des groupes sociaux

Le GESI appuie les projets de l'OMS d'estimer la santé des pauvres et des non-pauvres séparément au sein des États Membres. Le GESI recommande également que soit évaluée une gamme plus large d'inégalités sociales liées à la santé, y compris les inégalités entre les sexes et les races (ou ethniques). Ces groupements sociaux soulèvent des questions fondamentales touchant les normes par rapport auxquelles les inégalités sont évaluées (p. ex. les différences génétiques dans la survie entre les sexes). L'OMS doit tenir compte de l'environnement politique actuel afin d'évaluer les indicateurs de groupe les plus utiles pour définir les inégalités. Par exemple, le puissant mouvement de décentralisation des systèmes de santé souligne l'importance de la capacité à cerner des inégalités de santé à la fois intra- et inter-sectorielles. Le GESI a remarqué qu'il n'existait aucune tentative empirique ou conceptuelle d'évaluation des inégalités de santé dues au sexe dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000.

Inégalité des risques individuels

On recommande une analyse plus détaillée de l'approche proposée par l'OMS pour mesurer l'inégalité de la distribution de l'espérance de vie en bonne

santé. Elle doit être sensible aux écarts maximums des niveaux de mortalité entre les pays, et ne pas trop dépendre du niveau d'espérance de vie en bonne santé.

Indice d'inégalité de la survie des enfants

Voici un certain nombre de recommandations techniques sur l'indice d'inégalité de la survie des enfants :

- On a besoin d'une réflexion plus claire sur la norme d'égalité par rapport à laquelle l'inégalité dans la performance de santé est évaluée.
- D'autres estimations du paramètre *alpha* utilisé pour intégrer l'aversion pour l'inégalité sont nécessaires pour différents groupes d'âges et pour différents résultats de santé.
- Au lieu de s'appuyer uniquement sur une mesure hybride, absolue et relative, des indices séparés de l'inégalité absolue et de l'inégalité relative aideraient à clarifier l'impact différent qu'elles ont sur l'évaluation à la fois du niveau et des tendances de l'inégalité.
- Il faut évaluer plus à fond la robustesse de l'indice actuel en le comparant à des mesures de l'inégalité définies plus étroitement en fonction de groupes d'âges (p. ex. nouveau-né, jeune enfant et enfant).
- Il faut analyser la sensibilité de l'indice à l'inégalité dans des contextes de mortalité élevée, moyenne ou faible et, si nécessaire, il faut élaborer un indice à sensibilité appropriée.
- Le modèle de risque actuel (basé sur les données transversales des enquêtes démographiques et sanitaires) doit être validé par des données longitudinales sur la survie des enfants provenant des sites de surveillance démographique, comme Matlab au Bangladesh, ou Navrongo au Ghana.
- Il faut normaliser les approches pour dresser des rapports sur l'indice d'inégalité pour les estimations basées sur les données qui ont été collectées lors de différentes années et dans différents pays, mais qui ont été présentées pour une seule année (p. ex. 2000).
- Étant donné le rythme auquel les nouvelles données de la survie des enfants sont générées, il faut définir des lignes directrices concernant la fréquence des rapports sur « l'indice d'inégalité de la survie des enfants ».

Décomposition de l'indice d'inégalité

Le prochain travail doit spécifier si les modèles des facteurs déterminants de l'inégalité de la survie des enfants se comportent différemment en fonction des modèles des facteurs déterminants de la survie moyenne des enfants. L'OMS devrait tirer parti des données longitudinales pour élaborer des modèles plus robustes de facteurs déterminants de l'inégalité afin de mieux cerner jusqu'à quel point une modification des facteurs de risques influe sur l'inégalité.

Inégalité de la santé des adultes

Le GESI recommande que l'OMS entreprenne l'évaluation de la variation dans une petite zone, comme point de départ pour calculer des estimations fiables de l'inégalité des adultes.

Exigences en données

Étant donné le nombre de pays pour lesquels les données manquaient dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000 pour estimer l'inégalité de la survie des enfants, il est probable que l'absence de données va limiter des efforts plus ambitieux visant à mesurer l'inégalité, p. ex. pour une gamme plus étendue de groupes par âge et par sexe, et d'états de santé. Le renfort en données de ces méthodes préoccupe quant à savoir si les pays, en particulier ceux qui ont des systèmes d'information sur la santé limités, seraient capables d'investir dans la production de telles données. L'OMS doit proposer des stratégies assurant la viabilité de l'évaluation de l'inégalité de la santé à intervalles réguliers.

Recommandations générales pour l'avenir

Même si l'équité dans la distribution de la santé est un des critères principaux de la performance des systèmes de santé, on ne sait pas précisément si « l'indice d'inégalité de la survie des enfants » qui a cours actuellement informe sur la composante liée à l'équité des résultats de santé dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé. La documentation, les spécialistes et les membres du GESI ont noté un nombre considérable de défis conceptuels et techniques, dont certains ont été relevés, alors qu'on commence seulement à en traiter certains autres. C'est pourquoi le GESI pense que le domaine de l'inégalité de la santé, dans l'évaluation de la performance des systèmes de santé, devrait tirer profit de discussions et de mises au point conceptuelles, techniques et pratiques plus poussées, réalisées avec la collaboration de spécialistes internationaux.

Étant donné que d'autres mesures de l'inégalité — par exemple l'inégalité face à un accès et à une couverture efficace — exploitent le canevas conceptuel de l'approche de l'inégalité de la santé (inégalité interindividuelle de la probabilité d'un événement), ces mesures doivent aussi être intégrées dans un processus d'élaboration d'un indicateur robuste qui engage les instances techniques et nationales appropriées.

5. Références

Braveman, P., B. Starfield, and H. J. Geiger (2001): World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323(7314): 678-681.

Houweling, T. A., A. E. Kunst, and J. P. Mackenbach (2001): World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *Lancet*, 357(9269): 1671-1672.

Leon, D. A., G. Walt, and L. Gilson (2001): International perspectives on health inequalities and policy. *British Medical Journal*, 322: 591-594.

Szwarcwald, C. L. (2002): On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 177-182.

Ugá A. D., C. M. Almeida, C. L. Szwarcwald, C. Travassos, F. Viacava, J. M. Ribeiro, N. R. Costa, P. M. Buss, and S. Porto (2001): Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report. *Cadernos de Saude Publica*, 17(3): 705-712.

Wolfson, M. and G. Rowe (2001): On measuring inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6): 553-560.