

## Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ?

Florence JUSOT, maître de conférences à l'Université Paris-Dauphine, chercheur au LEGOS, chercheur associé à l'IRDES

Des inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé entre groupes sociaux, existent aujourd'hui dans l'ensemble des pays européens. C'est notamment le cas en France où un cadre de 35 ans a encore en moyenne 46 ans à vivre, contre seulement 39 ans pour un ouvrier. Dans son rapport récent, la commission des déterminants sociaux de l'OMS (2008) lançait un appel urgent à mettre en place des politiques pour " réduire les inégalités de santé " car il s'agit d' " un impératif éthique " puisque ces " différences systématiques d'état de santé " sont tout bonnement injustes ".

La mise en place de telles politiques nécessite donc de faire le point de l'état des connaissances sur les inégalités sociales de santé et les leviers d'action possibles, ce que nous proposons de faire dans cette note.

### 1. Les inégalités sociales de santé : un diagnostic éprouvé

Le constat des inégalités sociales de santé a aujourd'hui largement été dressé en France (Leclerc et al., 2008), comme dans les autres pays européens (van Doorslaer et Koolman, 2004 ; Cambois et Jusot, 2007 ; Mackenbach et al., 2008). Quel que soit le pays considéré, l'indicateur de santé utilisé - risque de décès, maladie, incapacités ou santé perçue - et l'indicateur utilisé pour apprécier le niveau social - revenu, niveau de diplôme, classe sociale, patrimoine, statut d'occupation - l'état de santé s'améliore toujours avec le statut social.

En France, les différences sociales de mortalité sont les mieux connues et ce, depuis très longtemps, avec notamment les travaux de Villermé sur les causes des différences de mortalité entre les différents quartiers de Paris en 1828, ou le calcul par l'INSEE des espérances de vie par catégories sociales depuis les années 1970. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier est aujourd'hui de 7 ans chez les hommes et 3 ans chez les femmes. Chez les hommes, cela correspond l'allongement de la durée de vie à 35 ans depuis les années 50 (Cf tableau 1).

Soulignons tout d'abord que ces différences de mortalité ne se limitent pas à une opposition entre manuels et non manuels ou entre pauvres et non pauvres. Bien sûr les plus pauvres, en particulier les personnes en situation de précarité, et les personnes connaissant les conditions de travail les plus pénibles, ont des risques de décès particulièrement importants. Mais on assiste en fait à une diminution graduelle du risque de décès tout au long de la hiérarchie sociale ou de la distribution des revenus, et ce, sans aucun effet de seuil. Ce phénomène est connu sous le terme de " gradient social de santé ".

Ces inégalités d'espérance de vie se doublent par ailleurs d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé (Cambois et al., 2008). Ainsi, au sein d'une durée de vie déjà plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé. Par exemple, un ouvrier de 35 ans peut s'attendre à vivre en moyenne 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle physique ou sensorielle nécessitant une aide technique, un aménagement du poste de travail ou du

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprises	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
<b>Hommes</b>								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
<b>Femmes</b>								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Tableau 1, Source : Insee, Echantillon Démographique Permanent et état civil (Monteil et Robert-Bobée, 2005)

domicile ou encore engendrant une gêne dans les activités de la vie quotidienne, alors que le cadre peut s'attendre à ne vivre en moyenne que 13 années avec ce type de problème de santé. Au total, alors qu'un cadre de 35 ans vit en moyenne 73% de son espérance de vie totale sans incapacité un ouvrier ne passe en moyenne que 60% de son espérance de vie totale sans incapacité. Ces différences d'espérance de vie en bonne santé sont également très marquées chez femmes, pour qui les différences de mortalité sont pourtant moins marquées.

Des différences sociales sont également constatées pour la plupart des pathologies. Le cas des cancers est particulièrement intéressant car il permet d'illustrer la complexité des mécanismes à l'origine de ces inégalités (Menvielle et al., 2007). Bien évidemment les inégalités sont flagrantes, tant dans le risque de survenue du cancer que dans le risque de décès associé, dans le cas de certaines localisations, directement liées aux contraintes professionnelles, comme par exemple le cancer du poumon et le mésothéliome en particulier. C'est également le cas du cancer des voies aérodigestives supérieures, qui est fortement lié aux comportements à risque, comme la consommation excessive d'alcool et le tabagisme. Un fort gradient social de mortalité est ainsi observé, avec, pour les hommes, une mortalité double pour les hommes sans diplôme par rapport aux bacheliers ou diplômés du supérieur. Dans certains cas cependant, on observe une dissymétrie entre les inégalités face au risque de maladie et celles à face au risque de décès lié à cette maladie. Par exemple, le risque de cancer du côlon et de cancer du sein est plus élevé dans les catégories sociales plus aisées. Mais les chances de survie après cancer sont constamment plus élevées dans les catégories socioprofessionnelles supérieures ou parmi les personnes ayant un meilleur niveau d'étude, et ce quelle que soit la localisation du cancer. Ces inégalités de survie tiennent aussi à une inégale précocité des diagnostics, et à une répartition différente

*“ La France est le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes.”*

dans les filières de prise en charge, spécialisées ou non. Par ailleurs, les conséquences du cancer en matière de vie professionnelle, de perte de revenus, et plus généralement de qualité de vie sont également socialement marquées.

Enfin, les inégalités sociales s'inscrivent également dès l'enfance, même si les différences de mortalité infantile semblent s'estomper. Par exemple, le risque de trisomie 21 est plus fort chez les enfants issus de milieux défavorisés, et ce en dépit d'un risque plus important dans les groupes les plus favorisés en raison d'un âge à la maternité plus élevée. Ces différences s'expliquent alors par un dépistage moins fréquent et une poursuite de la grossesse après dépistage plus fréquente dans ces milieux.

L'existence de telles inégalités d'état de santé ne fait donc plus de doute, et ce dans l'ensemble des pays européens. Cependant les travaux comparatifs européens ont montré des différences dans l'ampleur des inégalités. Il

apparaît alors que **la France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus fortes lorsque celles-ci sont mesurées par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation** (Mackenbach et al., 2008).

L'ensemble de la littérature s'accorde enfin sur le **maintien, voire même l'aggravation des inégalités sociales de santé sur une longue période**, les années de vie gagnées depuis les années 50 semblant toujours plus nombreuses pour les personnes les plus éduquées ou appartenant au haut de la hiérarchie sociale. Par exemple, alors que la différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier de 35 ans, qui est aujourd'hui de 7 années, n'était que de 6 années sur la période 1976-1984 (cf tableau 1). De même, la sous-mortalité des femmes non diplômées pour le cancer du sein, observée dans les années 70, s'est estompée puis a disparu dans les années 90 (Menvielle et al., 2007).

## *2. Les causes multiples des inégalités sociales de santé : des leviers potentiels d'action ?*

Historiquement, l'origine des inégalités sociales de santé a été recherchée dans les différences de conditions de vie et de mœurs, puis à partir du milieu du XX<sup>e</sup> siècle dans les conditions de travail et les conditions d'accès aux soins. Il s'agissait alors plus de rendre compte d'une opposition entre les exclus et le reste de la population. Au début des années quatre-vingts, la publication du rapport de Lord Black (Black et al., 1982) a jeté un sérieux doute sur ce modèle de " pauvreté absolue ". Non seulement les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas disparu en Grande-Bretagne entre 1931 et 1981, mais elles avaient même eu tendance à augmenter, en dépit de l'amélioration générale des conditions de vie, de politiques d'amélioration des conditions de travail et de l'instauration du National Health Service offrant à partir de 1948 un accès gratuit aux soins à l'ensemble de la population britannique. C'est également à cette occasion que le " gradient social de santé " a été découvert. Les conditions de travail et la pauvreté, si importantes qu'elles soient, ne pouvaient donc plus être l'unique explication de la diminution du risque de décès tout au long de la hiérarchie sociale.

*“ L'effet de la santé sur le risque de sortie du marché du travail et sur le risque de chômage a été largement démontré.”*

Parmi les hypothèses envisagées par le rapport Black figurait " l'effet de sélection " : les inégalités de mortalité ne seraient pas dues à un impact du statut social sur la santé, mais, à l'inverse, à un effet de l'état de santé sur le statut économique et social et sur la mobilité sociale. **L'effet de la santé sur le risque de sortie du marché du travail et sur le risque de chômage a été largement démontré.** Par exemple en France, chez les salariés en emploi, le

devenir chômeur quatre ans plus tard est deux fois plus élevé chez les personnes déclarant un mauvais état de santé perçu. L'effet de la santé sur les salaires et le revenu semble en revanche plus nuancé et la part des inégalités de santé attribuable à cet effet de sélection fait aujourd'hui l'objet de nombreux débats.

Une autre explication avancée reposait sur les différences de comportements à risque : consommation de tabac et d'alcool, hygiène alimentaire, activité physique. Ces différences de style de vie ont notamment été avancées pour expliquer les différences d'ampleur des inégalités de mortalité en Europe. Mais, là encore, **la part des inégalités attribuable aux comportements individuels semble assez faible.** Selon le suivi de la cohorte Whitehall en Grande-Bretagne, la consommation de tabac, le cholestérol, la pression artérielle, le poids et la taille n'expliquaient qu'un tiers des différences sociales de mortalité par maladies coronariennes entre les différents grades de la fonction publique britannique. Des résultats comparables ont été obtenus aux états-Unis, où il a en outre été montré que la consommation de tabac, d'alcool, l'activité physique et le poids, avaient des conséquences différentes selon les groupes de revenu ou d'éducation.

A partir des années 90, de nombreuses recherches ont alors exploré de nouveaux déterminants de l'état de santé, qualifiés de déterminants sociaux de la santé (Marmot et Wilkinson, 1999). Ces derniers relèvent en fait d'un effet des interactions sociales sur la santé. Le sentiment de domination hiérarchique et de perte

d'autonomie, notamment au travail, associé à une faible position relative dans la société, serait à l'origine d'un stress psychosocial entraînant à long terme une dégradation de l'état de santé et une susceptibilité aux causes de mortalité. Selon la théorie du " capital social ", la faiblesse des liens sociaux serait également un facteur de mauvaise santé, à travers une moindre diffusion de l'information et un sentiment d'isolement. La pertinence de ces déterminants a été mise en évidence en population générale en France, comme en Europe.

Les causes des inégalités sociales de santé ont été aussi recherchées tout au long du cycle de vie. Ainsi, **les inégalités semblent construites par accumulation de conditions défavorables**, les conditions de vie connues dans l'enfance ayant même des conséquences à l'âge adulte. De telles inégalités des chances ont été mises en évidence en France, où l'état de santé perçu des seniors est largement corrélé à la profession de leurs deux parents et à l'état de santé de ces derniers.

**Les inégalités de recours aux soins sont les plus fortes dans les pays où le reste à charge des patients est important.**

**Le rôle du système de soins a par ailleurs été exploré** (Couffinal et al., 2005, Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or et al., 2009) pour expliquer les inégalités sociales de santé au sein de chaque pays mais surtout pour expliquer la différence d'ampleur des inégalités entre pays. **On observe** en effet dans la plupart des pays européens des iniquités horizontales de consommation de soins, c'est-à-dire **des différences de consommation de soins selon le niveau de revenu à besoin de soins donné**, en particulier pour les soins de spécialistes, mais dont l'ampleur varie d'un pays à l'autre. Contrairement aux Pays-Bas ou la Grande Bretagne, **la France, une fois encore, est caractérisée par des inégalités plutôt fortes.**

Une première explication, largement développée dans la littérature sociologique, serait l'existence de barrières culturelles et informationnelles expliquant que les populations les plus pauvres et les moins éduquées aient un recours aux soins plus

tarif et davantage orienté vers les soins curatifs en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps et à la maladie. Par ailleurs, **le rôle du coût des soins, des modes de financement mis en place et de l'accès à la complémentaire santé a également été démontré.** En France par exemple, **15 % de la population française déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois, et cette proportion atteint 32 % parmi les 7,8 % de la population qui n'est couverte par aucune assurance complémentaire** (Kambia-Chopin et al., 2008) et qui ont globalement des dépenses de soins ambulatoires inférieures de 29 % à celles des personnes couvertes (Raynaud, 2005). **Plus globalement, les inégalités de recours aux soins sont les plus fortes dans les pays où le reste à charge des patients est important** et ayant mis en place des systèmes d'assurance sociale, et au contraire réduites dans les pays ayant mis en place des services nationaux de santé où les soins sont le plus souvent gratuits au point de délivrance (Or et al., 2009, Bago d'Uva et Jones, 2009).

Mais ces différences semblent également relever de l'offre de soins et de son organisation. Le système de soins semble apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients. En dehors de cas de discrimination ou d'effort différentiel des médecins face à des patients d'exigence différente, ces inégalités de traitement s'expliqueraient par la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et la qualité de communication qui en résulte, et donc de l'information dont dispose le médecin pour soigner. Enfin, l'organisation même du système de soins semble avoir un rôle, les inégalités sociales de consommation de soins étant par exemple plus réduites dans les systèmes nationaux de santé, financés par taxation, et où le médecin généraliste a un rôle de gatekeeper, c'est-à-dire de coordinateur des soins et d'orienteur dans le système (Or et al., 2009, Bago d'Uva et Jones, 2009).

### 3. Quelles sont les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé ?

Les travaux sur les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé sont en fait relativement peu nombreux, en raison notamment de l'absence d'évaluation de la plupart des politiques mises en place. On peut toutefois s'appuyer sur l'expérience du Royaume-Uni ou des Pays-Bas qui ont très tôt mis en place des politiques de réduction des inégalités sociales de santé (voir Couffinal et al., 2005 pour une synthèse).

On peut tout d'abord remarquer dans ces deux pays, l'élaboration de ces politiques a suivi les trois phases identifiées par Whitehead (1998) comme nécessaires pour la mise en place d'une véritable stratégie de réduction des inégalités sociales de santé : phase de mesure et de prise de conscience des inégalités sociales de santé ; phase de perception en tant qu'enjeu de politique publique ; volonté d'action et construction progressive d'une politique globale et coordonnée. Ces pays se sont en effet fixés pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé dès les années 1990, à la suite de nombreux travaux de recherche sur le constat et les causes des inégalités sociales de santé menées depuis les années 1980.

**Les politiques visant à solvabiliser la demande de soins ont un effet incontestable sur les inégalités sociales de recours aux soins.**

En cohérence avec les résultats de la recherche sur les déterminants multiples de ces inégalités, ils ont alors élaboré et mis en œuvre dès le début des années 2000 des stratégies comportant à la fois des volets visant à s'attaquer en amont aux inégalités sociales elles-mêmes, des mesures visant, en aval, l'accès aux soins, et des mesures intermédiaires visant l'exposition aux facteurs de risque, au travers notamment de dispositifs de

prévention et une mobilisation de la médecine de soins primaires.

Ces politiques ont fait l'objet de premières évaluations, notamment dans le cadre d'expérimentations menées aux Pays-Bas au cours des années 1990 et les résultats montrent, en cohérence avec les nombreuses causes des inégalités de santé, que différents types d'actions, mobilisant ou non le système de soins, sont efficaces.

**En premier lieu, les politiques visant à solvabiliser la demande de soins ont un effet incontestable sur le volume des soins consommés**

**et donc sur les inégalités sociales de recours aux soins.** La mise en place de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire en France en est un exemple, en dépit des refus de soins aux patients concernés. Toutefois, l'effet de ce type d'intervention sur les inégalités sociales d'état de santé est plus difficile à établir. Les politiques mobilisant la médecine de soins primaires, à travers la prévention, la coordination des soins, et

le suivi des patients, semblent également efficaces. **Pour les questions de prévention et d'éducation à la santé, les politiques ciblées** visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes à risque en raison de leur état de santé, **semblent plus efficace que les politiques universelles. De même, les mises en œuvre au niveau local semblent également à privilégier** au détriment des politiques nationales. Les ateliers santé-ville en sont un exemple en France, qui malheureusement n'ont pas encore été évalués.

La commission des déterminants sociaux de l'OMS dans son dernier appel met l'accent en revanche sur **l'amélioration des conditions de vie et de travail et la réduction des inégalités économiques**, en particulier pour réduire les inégalités entre les pays du Nord et du Sud, mais également pour réduire les inégalités de santé intra-nationales. Les inégalités sociales semblent en effet plus réduites dans les démocraties sociales du Nord de l'Europe où les inégalités de revenus sont réduites, où l'accès à l'emploi est généralisé et où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante. De plus, les évaluations d'expériences britanniques et néerlandaises confirment l'efficacité d'interventions sur les conditions de travail et ciblant les conditions de vie des enfants.

#### 4. Vers une politique de réduction des inégalités sociales de santé en France

L'existence de fortes inégalités face à la santé ne fait donc plus l'objet de débat en France. L'interprétation en termes de justice sociale de ces inégalités est en revanche plus discutée. S'agit-il de différences liées à des comportements librement choisis exprimant des préférences différentes pour la santé et pour le risque ou encore de différences d'effort, qui peuvent donc être considérées comme légitimes, ou sont-elles le résultat de barrières financières, informationnelles ou encore de comportements discriminatoires de la part des offreurs de soins, qui sont autant de circonstances indépendantes de la sphère de la responsabilité individuelle ? La question se complexifie encore si l'on considère l'importance des interactions sociales et familiales affectant les comportements à risque.

Cependant, la littérature s'accorde sur la multiplicité des causes de ces inégalités et, même si la part respective de chaque cause reste encore peu connue, sur l'importance des déterminants systémiques par rapport aux comportements individuels. Une grande partie des différences sociales de santé ne relèvent donc manifestement pas de la responsabilité individuelle et impliquent une exigence de solidarité.

En France, pourtant, la question des inégalités sociales de santé a eu jusqu'à récemment que peu de place dans le débat politique, en dehors de l'accès aux soins. Par exemple, la réduction des inégalités de santé n'a pas été retenue parmi les priorités des états généraux de la Santé en 1999, contrairement à l'accès aux soins. Ceux-ci ont d'ailleurs abouti à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle en 2000, qui a constitué une véritable avancée dans l'équité d'accès aux soins. Le projet de Loi "hôpital, patients, santé, territoire" pose là encore la question de l'accès aux soins, à travers les thématiques des refus de soins et la répartition territoriale des professionnels de santé. De même, lors des débats récurrents sur de la réforme des retraites, les différences d'espérance de vie entre groupes professionnels sont largement rappelées pour discuter l'opportunité d'en tenir compte dans les paramètres du système ; mais pour autant, ces différences sont largement considérées comme un état de fait.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a cependant mis en avant, parmi les neuf principes qui sous-tendent la politique de santé publique, celui de la réduction des inégalités, et deux des 100 objectifs concernent directement cette question. L'objectif 33 concerne toujours la question de l'accès financier aux soins : il vise à "réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU". Sa traduction a été la mise en place en 2005 de l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé, dispositif encore trop peu utilisé, malgré une hausse régulière du montant de l'aide accordée, notamment aux plus âgés. L'objectif 34 est de "réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires". Toutefois, cet objectif n'a pas encore été décliné sous la forme d'une véritable stratégie nationale.

Un frémissement semble toutefois se faire jour : le plan cancer 2009-2013 met en avant cet objectif comme une question transversale, et la Ministre de la santé a récemment annoncé cette thématique comme centrale dans la future loi de santé publique lors qu'un colloque international intitulé "Réduire les inégalités sociales de santé" organisé par la DGS et l'IReSP. Mais la stratégie générale est encore absente, de même qu'un véritable système d'information adapté. C'est d'ailleurs la conclusion d'un récent groupe de travail du Haut conseil de santé publique sur cette question. Les causes des inégalités sociales de santé étant très nombreuses, de nombreux instruments sont donc envisageables. Il est donc aujourd'hui nécessaire de mettre en place des actions ciblant à la fois le système de soins et les conditions de vie et de travail et d'évaluer ces actions afin d'élaborer une véritable politique de réduction des inégalités sociales de santé si cet objectif reconnu.

#### Références

1. Bago d'Uva T. et Jones A. M. (2009), "Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP", *Journal of Health Economics*, 28 : 265-279.
2. Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1982), *The Black report*, London: Pelican.
3. Cambois E., Jusot F. (2007), "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives", *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, Numéro thématique - Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. 2007/01/23, 2-3 : 10-14.
4. Cambois E., Laborde C., Robine J.M. (2008), "La "double peine" des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte", *Population et sociétés*, 441.
5. Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. (2005), "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ?", *Questions d'économie de la santé, IRDES, Série "Synthèse"*, 92 et 93.
6. Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)", *Questions d'économie de la santé*, 132.
7. Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé - Du constat à l'action*, La Découverte.
8. Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., *The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health* (2008), "Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries", *The New England Journal of Medicine*, 358, 23 : 2468-2481.
9. Marmot M.G., Wilkinson R.G. (1999), *Social Determinants of health*, Oxford University Press.
10. Menvielle G., Chastang J.F., Luce D., Leclerc A. (2007), "Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès", *Revue d'épidémiologie et Santé Publique*, 55, 2 : 97-105.
11. Monteil C., Robert-Bobée I. (2005), "Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", *Insee Première*, 1025.
12. OMS (2008), "Comblent le fossé en une génération".
13. Or Z., Jusot F., Yilmaz E., *The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health* (2009), "Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ?", *Revue Economique*, 60, 2 : 521-543.
14. Raynaud D. (2005), "Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire", *Études et Résultats*, 378.
15. van Doorslaer E., Koolman X. (2004), "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries", *Health Economics*, 13, 7 : 609-628.
16. Whitehead M. (1998), "Diffusion of Ideas on Social Inequalities in Health: A European Perspective", *The Milbank Quarterly*, 76, 3 : 469-92.