

Déterminants sociaux et professionnels des inégalités de sante (09/11/17)

L'intérêt de Constances pour la recherche dans les grands domaines de déterminants des inégalités sociales de santé

'Système de soin et santé'

Lise Rochaix, Pr., titulaire de la chaire Hospinnomics
Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne et Ecole d'économie de Paris

hospital
innovation
economics

CHAIRE

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

 ECOLE D'ECONOMIE DE PARIS
PARIS SCHOOL OF ECONOMICS

Le paradoxe : les inégalités sociales de santé persistent, voire se renforcent malgré le développement de systèmes de santé généreux

L'approche : comparer les apports respectifs des épidémiologistes et des économistes (sans recherche d'exhaustivité) à la résolution du paradoxe et la 'fertilisation croisée' qui s'est opérée sur ce thème

L'enjeu : dans quelle mesure la cohorte Constances permet-elle aujourd'hui de mieux comprendre la contribution du système de soin à la réduction (ou la formation) des inégalités sociales de santé ?

Très tôt, les travaux de l'Institut Canadien de Recherches Avancées (ICRA, 1997) ont conduit à :

- Relativiser la contribution du systeme de soins de sante à l'amélioration de l'état de sante
- Placer les inégalités de revenu et de facteur de risque au centre de l'analyse

La contribution du système de soins à la réduction des inégalités sociales de santé a fait l'objet de nombreux **travaux économiques**

Dès les années 80, des travaux de recherche menés au niveau européen (Ecuity project) ont permis de comparer le caractère plus ou moins **équitable** des trois grands types de systèmes de santé (Beveridgien, Bismarckien et libéral)

- Du point de vue du financement (principe d'équité verticale)
- Du point de vue de la distribution (principe d'équité horizontale)

L'analyse a été initialement centrée sur **l'accès aux soins**, en utilisant l'enquête décennale INSEE (coupe transversale)

La réflexion a porté sur la façon de définir les règles justes d'accès aux soins permettant à la fois de réduire le **risque moral** (surconsommation) et les **effets revenu** (renoncement aux soins)

- **Gratuité :**
 - universelle dans le système Beveridgien (RU, I, E, DK, ...)
 - conditionnée par les ressources (US, France pour la CMU)
 - conditionnée par la pathologie (Système d'Affections Longue Durée ALD en France)
- **Paiements directs** (visant la réduction des gaspillages) : modalités variables selon les secteurs (hôpital versus ambulatoire en France) et la présence d'une assurance complémentaire
- **Filière** : passage par le généraliste pour l'accès aux soins de second recours (spécialistes et soins hospitaliers)
- **Existence d'un panier de biens et services** pris en charge par la collectivité plus ou moins large

Afin d'expliquer **le renoncement ou le non recours** à des soins (même gratuits), les études économiques ont tenté d'identifier de manière séparée les déterminants liés à **l'offre et à la demande** de soins en distinguant :

- **La possibilité d'utilisation**

- déterminée par la disponibilité de l'offre de soins sur le territoire)
- mesurée par des coûts d'accès pour le patient (distance/temps)

- **L'utilisation effective**

- déterminée par des facteurs d'offre et de demande, en particulier des traits de personnalité, ou des facteurs culturels et sociaux)
- mesurée par les consommations effectives, à besoin égal (même pathologie, même sévérité)

=> L'absence de données longitudinales fines, représentatives de la population générale, a constitué un handicap majeur que la Cohorte Constances devrait permettre de lever

Les épidémiologistes ont contribué à mettre à jour les **différentes formes d'inégalité** de santé et ciblé l'analyse sur **l'ensemble des déterminants** des inégalités de santé, au niveau individuel

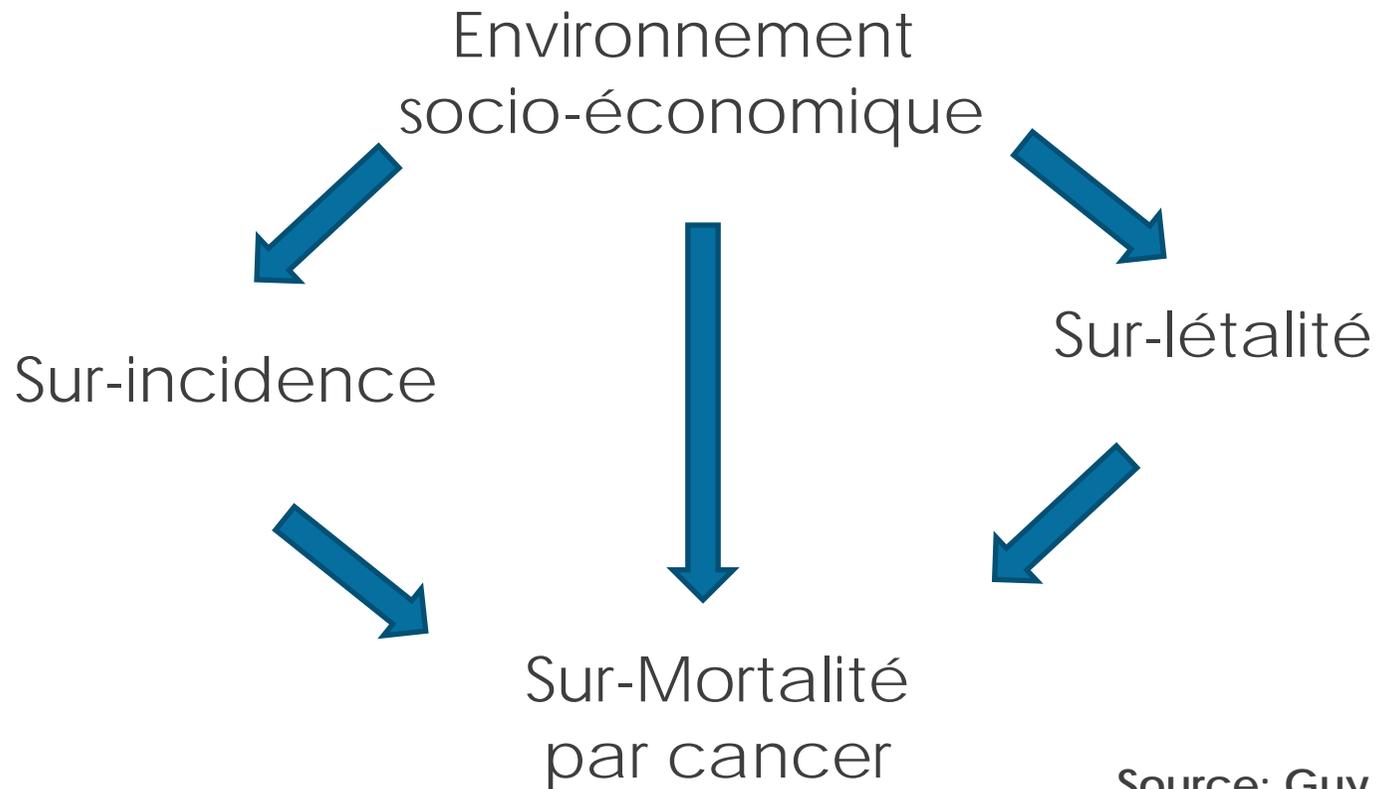
La dimension sociale des inégalités a été initialement identifiée en **classes socio-économiques** plutôt que par une variable continue de revenu, ce qui a rendu difficile :

- l'analyse des **variations intra-classes** (la situation des agriculteurs est très hétérogène)
- les **comparaisons internationales** (les classes variant d'un pays à l'autre)

Les travaux plus récents permettent d'identifier de manière fine la **zone géographique de résidence** et de mieux approcher la notion de 'déprivation'

Inégalités sociales et cancers

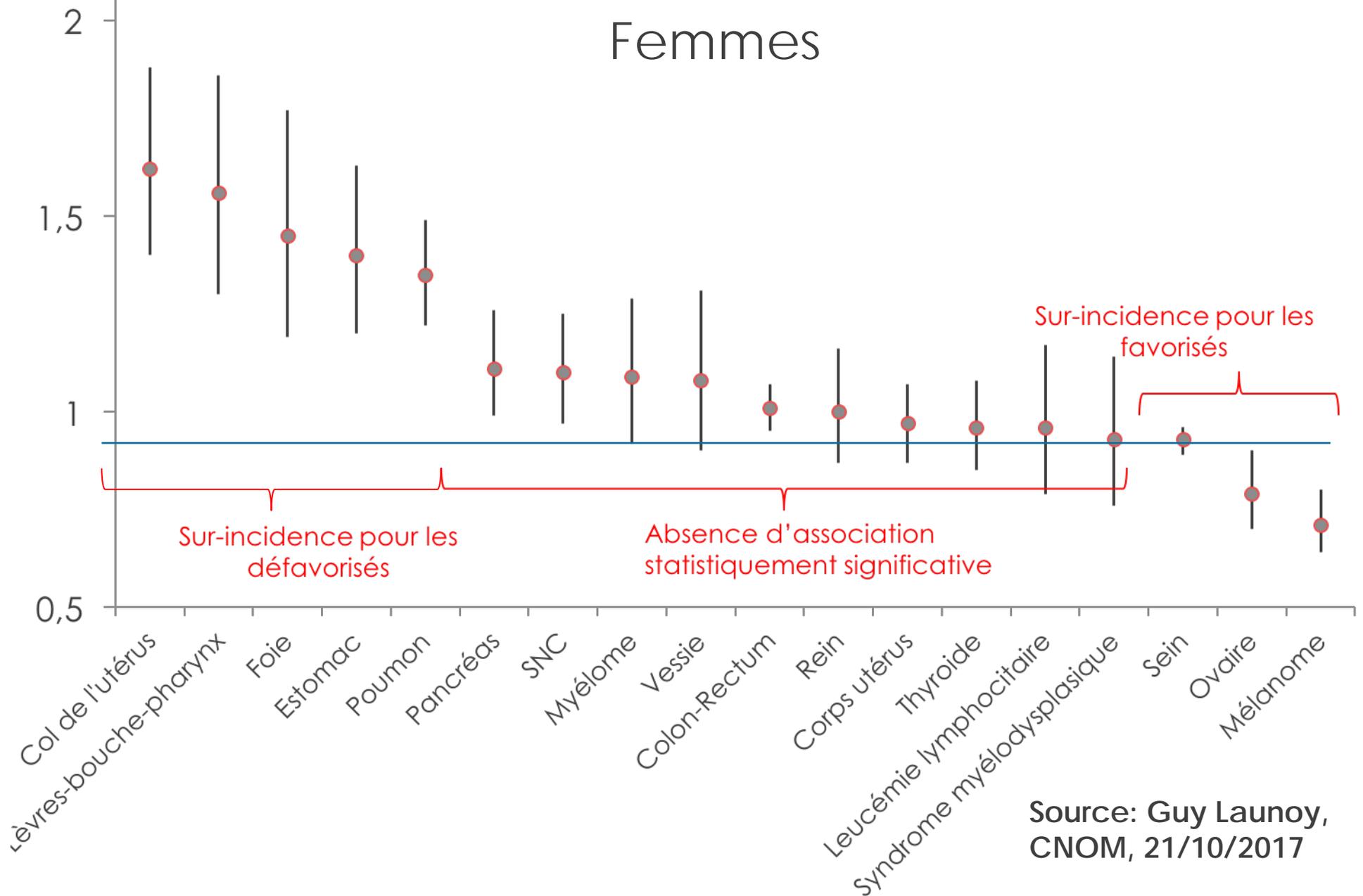
Quels mécanismes ?



Source: Guy Launoy,
CNOM, 21/10/2017

Environnement social et incidence des cancers

Femmes



Source: Guy Launoy, CNOM, 21/10/2017

Depuis les années 2000, les économistes développent aussi des travaux sur la relation entre revenu et santé afin **d'expliquer le gradient social** mis en évidence

Du fait de l'importance du gradient social dans l'enfance et de son effet structurant sur le cycle de vie, certains des travaux portent sur les enfants ou adolescents

Deux facteurs explicatifs du gradient social sont avancés (Currie et Stabile, 2003), sur la base des travaux épidémiologiques :

- **Les effets de prévalence** (certaines pathologies sont plus fréquentes chez les enfants de milieu défavorisé, notamment les maladies chroniques)
- **Les effets de sévérité** : les mêmes pathologies ont des effets plus délétères sur les enfants de milieu défavorisé)

Des travaux plus récents sur les inégalités dans l'enfance (P.Y Geoffard et B. Apouey, 2013) s'interrogent sur le rôle du revenu dans :

- L'accès des enfants au système de santé (consultation de généraliste)
- L'effet des soins sur la santé des enfants (mesures d'état de santé)

Le peu d'effet des soins de santé est retrouvé, comparé à celui du niveau de revenu familial, confirmant les travaux de l'ICRA

Les analyses économiques visent à prendre en compte la **dynamique des inégalités**, en travaillant sur le cycle de vie

La sensibilité des résultats au fait de travailler sur le **cycle de vie** plutôt qu'en coupe transversale (snapshot), à âge donné, fait l'objet de travaux en cours de publication (D. Bricard, F. Jusot, A. Trannoy et S. Tubeuf, à paraître)

Certains de ces travaux ont été réalisés en utilisant le British Household Panel Survey (BPHC), devenu le panel '**Understanding Society**', qui permet le suivi longitudinal d'individus représentatifs de la population générale

=> Ces travaux nécessitent la connaissance fine du revenu familial, des conditions de vie (logement), des styles de vie (nutrition) que permet la cohorte Constances

La cohorte Constances (à l'instar de GAZEL) pourra être enrichie de **modules complémentaires** permettant d'étudier des thèmes précis avec suivi à intervalles réguliers

Exemple 1 :

Des travaux récents (S. Rais, P. Dourgon et L. Rochaix) portent sur l'errance diagnostique => Elle relève à la fois du système de soin et des caractéristiques des patients et prend en compte à la fois **le délai jusqu'au premier recours** (côté demande) et le délai entre le premier contact et le diagnostic final de la maladie (côté offre)

L'analyse porte sur l'impact des caractéristiques des patients sur le délai d'obtention du diagnostic : on considère le niveau d'éducation et le **niveau de capital social** comme facteurs explicatifs du délai de diagnostic.

la Cohorte Constances pourrait permettre dans le futur de collecter des informations fines sur les variables de capital social

Perspectives de recherche

2 – Module comportemental

Une proposition d'enrichissement en cours d'étude est de compléter la cohorte par un **module comportemental** sur un sous-panel avec collecte régulière de l'information

Ceci permettrait de mobiliser les outils de l'économie comportementale ou de la psychologie sociale pour mieux comprendre la façon dont les **traits de personnalité** influencent les décisions de santé

Ex : Les déterminants comportementaux tels que les attitudes vis-à-vis du temps et du risque entrent dans la **décision d'entrer dans le dépistage**

=> Ces connaissances fines permettraient de définir de nouvelles interventions visant à augmenter le recours au dépistage, améliorer l'observance et contribuer ce faisant à réduire les pertes de chance

Quelles voies pour une réduction effective des inégalités? Quelle place pour Constances ?

Au niveau global :

- une action correctrice menée tant sur la distribution des revenus que dans le secteur de la santé
- une communication sur le risque au niveau individuel

Dans le système de santé :

- une coordination des interventions médicales et sociales
- un rééquilibrage sur le préventif plus que le curatif
- une importance accrue de l'évaluation de l'efficacité des soins pour définir le panier de soins remboursables

=> Par l'accès à des données riches, nourrir la réflexion croisée entre disciplines pour préciser les contours du contrat social (défini sur l'accès et l'état de santé) et son devenir dans un contexte de rareté des moyens

Merci de votre attention

hospital
innovation
economics

CHAIRE

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

 ECOLE D'ECONOMIE DE PARIS
PARIS SCHOOL OF ECONOMICS