

Équité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche

Lise ROCHAIX^{1,2} et Sandy TUBEUF^{2,3,*}

¹ Haute Autorité de Santé

² IDEP – Université de la Méditerranée II

³ Centre for Health Economics – University of York

* Correspondance:

Sandy Tubeuf (st538@york.ac.uk)

Centre for Health Economics

Alcuin Block A

University of York

Heslington

York, YO10 5DD (GB)

Équité en santé : Apports de l'analyse économique et perspectives de recherche

Résumé

Alors que de nombreuses recherches récentes ont apporté des éléments d'explication des inégalités sociales de santé et de recours aux soins en France, leurs aspects relevant de l'équité n'ont pas été systématiquement mis en avant. Cet article pose la question de l'équité dans le contexte actuel de travaux empiriques et propose une lecture éthique des recherches académiques récentes dans le domaine des inégalités en santé, qu'elles relèvent de l'offre ou de la demande de santé. En particulier, nous considérons les aspects de l'équité sous-jacents à la mesure de la santé et du recours aux soins ainsi qu'à la mesure et à l'explication des inégalités. Notre discussion met en évidence que le concept d'équité ne peut être écarté de l'analyse économique dans ce domaine d'application et qu'un effort systématique de lecture des analyses empiriques au regard de l'équité permet de faire le lien entre les objectifs des chercheurs et des décideurs politiques. En outre, l'accent est mis sur l'apport récent du passage de l'analyse d'inégalités de santé à celle d'inégalités des chances en santé, qui illustre typiquement le décloisonnement de la recherche vers l'équité en santé.

Mots clés : accès aux soins – équité – inégalité – inégalité des chances – santé – santé auto évaluée.

Abstract

Many recent analyses have attempted to explain income-related health and health care inequalities in France. Nevertheless aspects related to equity have not systematically been emphasised. This paper considers thus the question of equity in recent empirical works. It adopts a multi-field dimension and proposes an ethical reading of the research on inequalities in both demand and supply of health. In particular, we consider underlying dimensions of equity related to the measurement of health and health care consumption as well as the explanation of inequalities. Our discussion shows that the equity concept cannot be left out of any economic analysis in this field of application. We advocate a systematic effort establishing a clear link between empirical results and policy implications. Finally, we stress the evolution of analyses of inequalities towards research on inequalities of opportunity, which implicitly leads to research on equity in health.

Keywords: access to care – equity – inequality – inequality of opportunity – health – self-assessed health

1. Introduction

L'équité n'est certes pas un concept majeur de l'économie, mais il est inévitable dans l'analyse des échanges, de la répartition des richesses ou de l'intervention de l'Etat, et évidemment dans l'étude des systèmes sociaux. Définir l'équité dans le domaine de la santé conduit non seulement à situer les critères d'équité existants dans un cadre théorique global à la lumière des théories contemporaines de la justice sociale, mais aussi à s'appuyer sur des analyses empiriques afin de percevoir la portée éthique d'une situation. Comme le rappellent Gravelle et al. (2006), l'analyse économique de l'équité en santé ou dans la consommation de soins s'appuie à la fois sur l'analyse empirique et sur des jugements de valeurs. En particulier, le choix d'une analyse empirique appropriée se fonde sur des modèles d'économétrie qui doivent être non seulement adaptés aux données disponibles mais aussi aux processus décisionnels sous-jacents, y compris les objectifs d'équité en vigueur explicitement ou implicitement dans le système de santé.

En premier lieu, il importe de rappeler que le vocable d'équité est à distinguer de celui d'égalité. Si l'on s'en tient à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'équité en santé désigne « l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement » (WHO, 2005). Cependant, l'objectif d'équité en santé n'est pas le strict aplanissement des différences de santé entre les individus avec le risque de tendre vers une uniformisation.

Il est donc nécessaire de conceptualiser l'équité en santé au travers de deux grandes questions : de quelle égalité parle-t-on ? et l'équité pour qui ? Il n'y a pas de réponse universelle à ces deux questions mais plutôt des réponses qui dépendront de la définition du cadre philosophique et des valeurs de la société concernée.

Dans leurs travaux sur l'éthique économique et sociale, les économistes Arnsperger et Van Parijs (2000) retiennent différentes approches qui définissent les principes caractéristiques des institutions justes. Il s'agit de l'utilitarisme, du

libertarisme et de l'égalitarisme¹. Chacune de ces approches fait l'objet d'une déclinaison adaptée à la santé en donnant la préséance au principe fondateur sur lequel elle repose. L'utilitarisme recherche le plus grand bonheur pour le plus grand nombre et fait ainsi passer l'intérêt collectif avant l'intérêt individuel. Il peut en particulier conduire à recommander une intervention de l'Etat. Le libertarisme s'oppose à l'utilitarisme et met en avant le principe selon lequel la dignité fondamentale de chaque individu réside dans la liberté de choix qui ne saurait en aucun cas être bafouée au nom d'un impératif collectif. Enfin, l'égalitarisme libéral, principalement décrit par la théorie de la justice sociale de John Rawls en 1971, ouvre la voie d'une conciliation entre les deux objectifs parfois conflictuels de liberté et d'égalité. Cette conciliation s'appuie sur trois principes hiérarchisés : l'égalité liberté, l'égalité équitable des chances et enfin la reconnaissance du fait que certaines inégalités peuvent être acceptables si elles sont profitables aux plus défavorisés. Ce dernier principe est plus connu comme principe du maximin.

Les systèmes de santé, y compris le nôtre, semblent s'articuler autour de deux définitions de l'équité. La première, à caractère égalitariste, est basée sur les principes de justice distributive définis par Aristote, à savoir l'équité verticale selon laquelle les « inégaux » doivent être traités inégalement et l'équité horizontale selon laquelle les « égaux » doivent être traités également. La seconde définition se fonde sur la conception de Rawls (1971) et elle considère que les inégalités dans une société ne sont justifiées que dans la mesure où elles contribuent à améliorer le sort des personnes les plus défavorisées et pourvu qu'un niveau minimal de base soit garanti à chacun.

Les concepts d'équité verticale et d'équité horizontale simplifient la réponse à fournir aux interrogations initiales « de quelle égalité parle-t-on ? » et « l'équité pour qui ? ». En effet, ils impliquent qu'au lieu de chercher une stricte égalité dans la santé, dans l'accès aux soins de santé ou encore dans l'utilisation des services de santé, il est nécessaire d'introduire la dimension de besoins individuels. On s'interroge alors sur l'adéquation entre les besoins et l'accès aux soins de santé ou l'utilisation des services de santé. S'il est attendu que la santé, l'accès aux soins ou tout autre output considéré dépendra du besoin, il peut aussi dépendre d'autres

¹ Une quatrième approche peut être proposée, il s'agit du marxisme dont l'exigence éthique fondamentale est l'égalitarisme.

caractéristiques individuelles comme l'âge, le genre, le statut socioéconomique, la région géographique, etc. La réponse à la question de « l'équité pour qui ? » se formule alors dans ce contexte. Ainsi, ce qui différencie l'équité de l'égalité relève du fait que l'équité se mesure à l'aune d'un jugement de valeur selon lequel une inégalité sera qualifiée de légitime ou non. Certaines disparités dans l'état de santé ou la consommation de soins ou tout autre output pourront alors être attendues, voire acceptables, comme une plus grande consommation de soins pour les personnes âgées ou un meilleur état de santé des plus jeunes. Cependant, des disparités telles qu'un moindre accès aux soins en zone rurale ou un meilleur état de santé dans les couches sociales supérieures sont inacceptables, en particulier si la distribution de soins est supposée être organisée en fonction des besoins de santé des individus. Ainsi si la santé, l'accès aux soins ou tout autre output considéré présente une forte corrélation avec certaines caractéristiques individuelles indépendantes des besoins, l'inégalité observée sera considérée comme inéquitable. Il est alors usuel de parler d'inégalités injustes, inacceptables, voire inéquitables.

Dans la plupart des systèmes de santé, la déclinaison du concept d'équité pour le système de financement de la santé s'articule autour de l'équité verticale alors que la recherche de l'équité horizontale prévaut dans le système de prestations de soins de santé.

Une fois le cadre conceptuel de l'équité en santé défini, se pose alors la question de son articulation avec la recherche empirique en économie de la santé.

La recherche empirique est indispensable à la validation d'intuitions scientifiques sur les phénomènes liés aux inégalités. De plus, quelle que soit l'analyse des inégalités sociales de santé ou de recours aux soins qui est menée, celle-ci repose sur des critères d'équité. Par exemple, si nous supposons intuitivement que le recours aux soins varie d'un milieu social à un autre, seule l'analyse empirique permettra de confirmer cette intuition et d'évaluer l'ampleur de l'inégalité. Cependant, qu'apportent ces résultats en termes d'équité ? Est-ce que les politiques publiques doivent concentrer leurs efforts à la réduction de l'ensemble de ces inégalités ? Selon Rochaix (2002), toutes les inégalités ne sont pas réductibles. De plus, parmi celles qui le sont, toutes ne peuvent être considérées comme inéquitables comme cela a été défini précédemment et donc

faire l'objet de politiques visant leur résorption. Cependant, alors que de nombreuses recherches récentes ont apporté des éléments d'explication des inégalités sociales de santé et de recours aux soins en France, leurs aspects relevant de l'équité n'ont pas été systématiquement mis en avant. Il est alors difficile de conclure sur les priorités à donner à certaines politiques publiques de résorption des inégalités par rapport à d'autres.

Cet article s'inscrit dans une dimension pluridisciplinaire de l'analyse de la santé en rappelant des résultats provenant à la fois de la littérature épidémiologique et de la littérature économique. Il propose une lecture éthique de recherches académiques récentes dans le domaine des inégalités de santé, qu'elles relèvent de l'offre ou de la demande de santé et de soins de santé. La question de l'équité y est posée à différentes étapes de l'analyse empirique : la sélection des inputs, les aspects propres à la mesure et l'interprétation des résultats.

La mesure de l'état de santé ou du recours aux soins, la mesure de la situation sociale et le choix des indicateurs d'inégalités constituent des enjeux importants dans l'analyse des inégalités de santé (Girard et al., 2000 ; Leclerc et al., 2000 ; Couffinhal et al. 2004) et par prolongement, dans l'analyse de l'équité.

Sans espérer couvrir l'ensemble des travaux qui ont pu être réalisés sur la question des inégalités en France ou à l'étranger, nous faisons le choix de nous appuyer sur une sélection de travaux empiriques récents et innovants et tentons d'offrir des éléments de discussion sur leurs apports en termes d'équité.

Notre article se décline en cinq parties.

La première partie s'intéresse aux aspects de l'équité sous-jacents à la collecte de données et soulève la question des biais de sélection des échantillons.

La seconde partie se concentre sur la mesure de la santé et vise à présenter les raffinements méthodologiques récemment introduits.

La troisième partie pose la question de l'équité aux seins des travaux de mesure des inégalités de la consommation de soins.

Dans la quatrième partie, est évoqué le passage de la mesure de l'inégalité à celle de l'inégalité des chances, qui établit de manière explicite le lien avec l'objectif d'équité en santé.

Enfin, une dernière partie conclusive fournit des orientations et des perspectives de recherche.

2. Equité et collecte de données

En amont de toute analyse empirique, le chercheur fait l'hypothèse que la variable dont il dispose décrit avec qualité le phénomène qu'il souhaite étudier. Un choix est donc posé quant à la mesure de la variable d'intérêt à adopter, qu'il s'agisse d'état de santé ou de recours aux soins. Bien qu'inévitable, ce choix n'est pas pour autant sans conséquence sur l'analyse des inégalités sous-jacentes (Lecluyse et Cleemput, 2006 ; Humphries et van Doorslaer, 2000) et *a fortiori* sur l'analyse de l'équité en santé.

Partant de ce constat, cette partie aborde la question des enjeux de l'équité en matière de collecte de données.

Les biais de participation dans les enquêtes en population générale représentent un aspect souvent négligé des analyses d'inégalités mais qui a pourtant de l'importance sur l'ampleur de l'inégalité qui est mesurée. D'une manière générale, les individus qui souffrent des plus importantes inégalités et inéquités de soins et de santé sont les populations les plus défavorisées. Parallèlement, ces populations vulnérables et précaires sont aussi celles qui sont difficilement couvertes par les enquêtes en population générale (Firdion et al., 1998). Elles représentent un défi dans la disponibilité et la qualité des données d'enquête (WHO, 2001). En effet, si une partie de la population échappe à l'analyse empirique, alors les actions de correction des inégalités qui se baseront sur les conclusions de ces analyses ne sauront apprécier l'ampleur de la situation.

Des enquêtes spécifiques de ces populations marginales présentent donc un intérêt important en matière d'équité du système de santé. Elles permettent de rendre compte de façon dynamique de l'importance des phénomènes de précarité et leur retentissement sur la santé (Chauvin et al., 1999 ; Amossé et al., 2001 ; Parizot et Chauvin, 2003).

Par ailleurs, la collecte de données elle-même peut introduire des biais de mesure du fait du dispositif d'enquête et de la façon de poser des questions sur la santé dans le questionnaire (Clark et Vicard, 2007).

Il est alors souhaitable de tenir compte de l'instabilité de réponse des individus lors de l'utilisation d'une variable de santé afin de permettre une meilleure mesure des inégalités de santé et a fortiori de l'inéquité en santé.

3. Équité et mesures de la santé

Les travaux empiriques sur les inégalités de santé s'appuient sur des données d'enquêtes. Bien que certaines enquêtes permettent de disposer de données de santé biologiques ou physiques, évaluées par le corps médical (Dauphinot et al., 2006), ces informations de santé restent coûteuses à obtenir et peuvent présenter des difficultés, voire des impossibilités dans la mise en œuvre pratique. De ce fait, les chercheurs ont recours à des variables de santé issues de questionnaire d'auto-évaluation (Falissard, 2001).

La mesure de santé la plus souvent recueillie dans les enquêtes et par conséquent, la plus souvent utilisée dans les travaux empiriques est la santé auto-évaluée². Bien que le jugement d'une personne sur son propre état de santé ait une grande valeur prédictive sur son évolution (Idler et Benyamini, 1997), la santé auto-évaluée est aussi affectée par les préférences individuelles, le contexte social, économique, culturel ou les caractéristiques individuelles et notamment celles qui relèvent des conditions sociales, telles que le niveau d'éducation, le revenu, la PCS, etc. Ainsi, des chercheurs ont montré que les individus situés en haut de l'échelle sociale ont des jugements plus sévères sur leur état de santé du fait de leurs plus fortes attentes en termes de bonne santé (Moesgaard et al., 2002). Ceci renvoie à la notion de capital santé au sens de Grossman (1972), avec des différences entre individus non seulement sur le capital effectif mais aussi sur le capital espéré.

² Elle consiste généralement en une échelle catégorique ordinale en cinq points selon laquelle les individus jugent leur état de santé en plusieurs modalités (très mauvais, mauvais, moyen, bon, très bon).

Des difficultés se posent donc dans le calcul des inégalités de santé et *a fortiori* celui de l'inéquité en santé à partir d'indicateurs de santé subjective, qui rassemblent certes une information sur l'état de santé objectif individuel mais qui peuvent être perturbés par des effets individuels de report indépendants de cette santé objective. Il est à présent courant dans la littérature d'utiliser le vocable de « vraie santé » pour désigner cet état de santé objectif, par opposition à la santé subjective. L'utilisation de variables auto déclarées dans les travaux empiriques a fait l'objet d'interrogations car elles présentent un caractère hybride, incluant à la fois des dimensions d'inégalités de nature individuelle et collective. Comme le rappelle Rawls (1971), la satisfaction subjective ne peut être l'objectif central des politiques sociales du fait des facteurs personnels qu'elle véhicule. En effet, est-ce qu'il y aurait absence d'inéquité en santé si tous les individus s'auto-évaluaient en bonne santé ? Que faire des biais d'optimisme ou de pessimisme systématiques et indépendants de cet état de santé réel ?

L'analyse des inégalités en santé et donc des inéquités en santé ne peut être assimilée à une analyse de la distribution de la satisfaction individuelle d'état de santé, mais doit se concentrer sur un état de santé individuel pertinent.

Il est donc important de veiller à ce que la mesure des inégalités soit apurée de la corrélation qui pourrait exister entre la santé auto évaluée et caractéristiques sociales. En particulier, la littérature recense quatre grands ensembles de facteurs affectant le jugement que les individus ont de leur état de santé : la nature des pathologies dont souffre l'individu ; les variables démographiques ; le statut socioéconomique et les caractéristiques culturelles³.

D'une manière générale, les groupes sociaux les plus défavorisés ont une norme d'état de santé plus basse (d'Houtaud et al. 1984) qui peut se traduire par une tendance à reporter un état de santé supérieur à leur « vraie santé » et à sous-déclarer leurs maladies, à morbidité donnée. Ainsi, des inégalités sociales de santé qui seraient mesurées à partir de cet indicateur non corrigé auraient tendance à être sous-estimées. De manière inverse, il a été montré que les personnes qui ne travaillent pas peuvent avoir tendance à reporter un état de santé plus mauvais que leur « vraie santé » afin de justifier leur situation vis-à-vis de l'emploi (Bound,

³ Pour une revue de la littérature sur le sujet, nous renvoyons à Devaux et al. (2007a).

1990 ; Kerkhofs et Lindeboom, 1995). Dans ce second cas, les inégalités de santé pourraient alors être surestimées.

Dans ce contexte, des travaux récents se sont appliqués à rendre les mesures de santé auto déclarées aussi proches que possible de la vraie santé individuelle, c'est-à-dire l'état de santé non biaisé par d'autres caractéristiques individuelles indépendantes de la santé. Ces raffinements méthodologiques sont de deux sortes et s'inscrivent dans une perspective éthique qui veille à mesurer aussi parfaitement que possible la santé et à la corriger des biais individuels éventuels de report ou de justification.

La première technique consiste à utiliser des vignettes d'ancrage afin d'étalonner les déclarations des répondants sur leur état de santé subjectif en leur demandant de juger de l'état de santé de cas types. Les catégories de réponse pour ces cas-types sont alors identiques aux catégories de réponses qu'ils ont utilisées pour la santé auto évaluée. Cette méthode permet de positionner les échelles relatives des individus, de corriger d'éventuelles différences dans le mode de déclaration et donc d'améliorer la comparabilité des réponses (Lardjane et Dourgnon, 2007).

En l'absence d'inclusion de vignettes d'ancrage dans les données d'enquête, la seconde technique consiste à introduire dans un modèle explicatif de la santé auto évaluée, outre des variables socioéconomiques, des indicateurs de santé jugés moins subjectifs. Nous pouvons par exemple citer parmi les travaux français, l'utilisation de différentes conditions de santé cliniques auto déclarées (Etilé et Milcent, 2006) ou encore, le nombre de maladies pondérées de leur degré de sévérité (Perronnin et al., 2006).

Ces travaux empiriques montrent qu'à la fois les variables sociales individuelles mais aussi les variables démographiques ont un effet significatif sur l'état de santé auto évalué, toutes choses égales par ailleurs.

Ces raffinements méthodologiques sont donc pertinents afin de mesurer de manière plus juste les inégalités de santé.

Nous venons d'aborder la question de l'utilisation de la santé auto-évaluée comme « proxy » de la « vraie santé » dans la recherche sur les inégalités de santé.

Les inégalités de recours aux soins peuvent aussi faire appel à cette variable afin de disposer d'une approximation du besoin individuel de soins. La partie suivante s'intéresse de manière détaillée à cette définition du besoin.

4. Équité et mesures du recours aux soins

Nous avons rappelé en introduction que le système de soins en France obéit à une conception égalitaire selon laquelle la mise à disposition de soins de santé est définie en fonction du besoin des individus, à savoir selon le concept d'équité horizontale. Pour ce qui est du système de financement des soins, c'est plutôt le concept d'équité verticale qui prévaut, à savoir à chacun selon sa capacité à payer pour ces soins.

Cette notion de *besoin de soins* a fait l'objet de nombreux débats (Williams, 1978 ; Wagstaff et van Doorslaer, 2000 ; Huber, 2006) et elle est d'autant plus importante qu'elle porte en elle les objectifs d'équité des soins de santé tels qu'ils sont définis dans le système de santé français. Les travaux du réseau ECuity⁴ y font aussi référence dans l'analyse des inégalités de consommations des soins de santé en Europe ; dans ce contexte, une distribution de soins sera équitable si elle est distribuée selon le besoin de soins individuel. Ce besoin se définit empiriquement à la fois à partir des caractéristiques démographiques individuelles mais aussi à partir de l'état de santé individuel afin de veiller au respect d'une équité horizontale, i.e d'une distribution des soins qui respectent les besoins individuels en la matière (Bleichrodt et van Doorslaer, 2006).

Empiriquement, il s'agit alors de travailler à état de santé donné, même si celui-ci est distribué de manière inégale dans la population. En plus de l'âge et du sexe, plusieurs indicateurs de morbidité sont alors introduits dans le modèle explicatif du recours aux soins afin de corriger la mesure d'inégalité du besoin de santé. Nous pouvons par exemple citer l'état de santé auto-évalué (van Doorslaer et al., 2002), les limitations d'activité (van Doorslaer et al., 2004a et 2004b), les limitations dues à une maladie chronique (van Doorslaer et al., 2004a). Outre le

⁴ Une présentation exhaustive des travaux et des objectifs de ce projet, financé par le programme BIOMED de la Communauté Européenne est disponible à l'adresse suivante : <http://www2.eur.nl/ecuity/>

fait que l'interprétation de l'inégalité due à ces indicateurs de morbidité reste source de débat⁵, le choix des variables qui composent le vecteur de besoins n'est pas sans conséquence sur la mesure des inégalités considérées comme inéquitables.

Alors qu'une normalisation de la consommation de soins sur l'âge se justifie intuitivement par le fait que l'état de santé se détériore au cours de la vie, impliquant une augmentation de la consommation de soins de santé, la normalisation de la consommation de soins de santé selon le sexe semble moins intuitive. Il est attendu que les hommes et les femmes souffrent de pathologies différentes et auront des besoins de santé et de soins différents. Cependant, si le montant de leurs consommations de soins est inégal, est-ce pour autant une inégalité acceptable ou équitable comme certaines analyses le supposent (van Doorslaer et Koolman, 2004 ; Leu et Schellhorn, 2006) ?

Par ailleurs, plusieurs autres raisons peuvent expliquer des disparités de distribution de recours aux soins qu'il semble difficile de qualifier d'inéquitables. Par exemple, lorsque certains individus sont de plus gros consommateurs de soins parce qu'ils accordent plus d'importance à leur santé, s'agit-il d'inégalités inéquitables ? De même, qu'en est-il des individus incités à se soigner plus que d'autres individus pour des raisons particulières, qui peuvent être dépendantes ou non de leurs caractéristiques sociales ? Tel peut être le cas, comme l'avait déjà souligné Grossman (1972), pour un individu dont le manque à gagner sera d'autant plus important qu'il a un salaire élevé ; ou encore, à des prédispositions génétiques et familiales pour certains problèmes de santé qui amèneraient un individu à requérir un suivi médical régulier.

Ainsi, l'hétérogénéité des fonctions d'utilité d'une part, et l'arbitrage coût/avantage d'autre part, peuvent aboutir à une inégalité de consommation de soins en fonction du revenu, à niveau de santé donné, qu'il est difficile de qualifier d'inéquitable, puisqu'elle résulte de l'expression des préférences par des choix rationnels. Une analyse rigoureuse de l'équité des soins de santé nécessite donc de tenir compte de l'hétérogénéité des comportements individuels sur les inégalités.

⁵ Nous renvoyons à Huber (2006) pour une discussion exhaustive des aspects synthétiques et non synthétiques de ces indicateurs de santé.

Cependant, les méthodes traditionnelles (van Doorslaer et al., 2004b) n'identifient pas les préférences individuelles de recours aux soins et incluent cette hétérogénéité dans la part d'inégalité non expliquée du modèle.

Partant de ce constat, Huber (2006) propose une méthode alternative, qui permet d'évaluer le degré d'inégalité dû aux comportements individuels différenciés, liés à la fois à la participation et à la consommation conditionnelle dans le cadre d'un seul et même modèle expliquant la consommation totale de soins.

Cette méthode innovante permet alors de définir plus précisément les inégalités et est donc plus adaptée à une analyse de l'inéquité. Les résultats empiriques de l'analyse démontrent alors que l'effet de l'hétérogénéité des comportements peut représenter jusqu'à la moitié de l'inéquité horizontale dans l'explication de la variance totale.

La mesure d'inégalité de recours aux soins et *a fortiori* celle de l'inéquité de recours aux soins est fortement liée à la définition du vecteur de besoin. Il est donc important de mener une réflexion sur la définition des variables de besoin en amont d'une analyse des inégalités de recours aux soins. De même, il est pertinent du point de vue de l'équité des soins d'aborder la place à donner aux préférences individuelles de soins.

5. De la mesure de l'inégalité à celle de l'inégalité des chances

Nous avons jusqu'ici abordé la question des inégalités en observant les facteurs déterminants liés aux conditions actuelles de l'individu. Cependant, les inégalités, qu'elles soient de santé ou de recours aux soins peuvent aussi trouver leur origine dans des conditions de vie durant l'enfance, voire *in utero* (Smith, 1999 ; Goldberg et al., 2002 ; Marmot et Wilkinson, 1999). Quelques études ont également montré une influence de la catégorie sociale du père sur la santé et le risque de décès du descendant à l'âge adulte (Hyde et al., 2006 ; Melchior et al., 2006a ; Melchior et al., 2006b). Enfin, plus récemment, en plus de la situation sociale des deux parents, leur longévité a aussi été mise en évidence comme un facteur influençant fortement l'état de santé à l'âge adulte (Devaux et al., 2007).

Les causes des inégalités sociales de santé et de recours aux soins sont donc à analyser sur l'ensemble du cycle de vie. Par conséquent, le concept d'équité doit aussi être considéré au sens dynamique et son aspect intergénérationnel pris en compte.

Là encore, certaines inégalités seront considérées comme acceptables alors que d'autres sont vues comme inéquitables. Les conditions de vie dans l'enfance sont à classer derrière ce vocable d'« inéquitable », un individu ne pouvant être rendu responsable de ses dotations familiales initiales.

Cette importance donnée à la correction des inégalités des chances a été soulignée avec force dans le rapport 2006 de la Banque Mondiale (2005). Deux principes fondamentaux y sont mis en avant : l'égalité des chances et le principe de ne pas être laissé pour compte. L'égalité des chances y prend une très large place et implique que ce qu'une personne accomplit durant son existence doit être avant tout fonction de ses capacités et de ses efforts et ne saurait être préétabli par sa race, son sexe, son milieu familial et social, etc. L'équité est donc assurée par la réduction des inégalités des chances.

La déclinaison à la santé de cet objectif conduit à souligner l'importance des inégalités des chances en santé, particulièrement parce que la santé, comme l'éducation, influence la capacité des individus à bénéficier d'un contexte économique et social favorable. Ainsi, l'équité en santé est soumise à la réduction des inégalités des chances en santé, qui elle-même favorisera l'égalité des chances dans d'autres domaines.

Ces arguments s'inspirent de manière explicite des principes Rawlsiens d'égalité équitable des chances, selon lesquels tous les individus doivent avoir des chances égales d'accéder aux diverses positions offertes dans la société.

L'objectif d'égalité des chances peut faire débat avec celui d'égalité de résultats (Réseau Impact, 2006) puisque la primauté accordée au premier implique que le second dépendra du mérite et de la responsabilité individuels. Dans le domaine de la santé, ceci reviendrait à statuer sur le bien fondé de liberté individuelle dans les choix d'investissement de santé, dans l'adoption de comportements à risque et de manière plus générale, sur les préférences individuelles.

6. Conclusion : un décloisonnement de la recherche vers l'équité

L'objectif principal poursuivi dans cet article est de relier les aspects théoriques et empiriques de l'analyse de l'équité en santé à partir de l'analyse de certains résultats majeurs sur les inégalités de recours aux soins et celles de santé.

Les raffinements méthodologiques développés récemment en matière de mesure de santé et de recours aux soins ont permis de corriger des effets de jugements individuels sur les variables auto déclarées, pour obtenir une mesure apurée des inégalités.

Par ailleurs, l'utilisation d'un vecteur de besoins de santé qui s'appuie sur un argumentaire et un ensemble précis de sélection des variables, d'une part et qui corrige les variables de santé introduites lorsque cela est nécessaire, d'autre part, contribue, de la même façon, à une mesure plus juste des inégalités.

Enfin, la mise en œuvre empirique du concept d'inégalités des chances en santé traduit bien l'évolution de la recherche vers une prise en compte plus explicite de la notion d'équité. L'étude des déterminants sociaux de la santé liés aux conditions dans l'enfance ouvre des perspectives fortes en la matière. Dans ce contexte, les travaux de recherche analysent les disparités d'états de santé et aboutissent à un jugement sur ces différences liées à des circonstances particulières. Le milieu social d'origine et l'état de santé des parents ne sauraient en effet relever de la responsabilité individuelle et constituent donc des inégalités des chances en matière de santé.

Répondant différemment aux mêmes motivations d'une mesure « propre » de santé, Fleurbaey (2007) soutient une approche en termes de ressources et de niveau de vie et propose le revenu « équivalent-santé ». Il s'agit du niveau de vie qui donnerait, s'il était combiné à une bonne santé, une situation personnelle équivalente à la situation actuelle de la personne concernée d'après ses propres préférences. Cette approche offre des perspectives très riches car elle conduit à rechercher l'équité non pas dans l'absence de corrélation entre la santé et le revenu mais en reliant les inégalités de santé aux inégalités plus globales de niveau de vie.

Au terme de cette lecture de travaux récents en matière d'inégalités de santé à l'aune du concept d'équité, il apparaît fondamental de rechercher une articulation

plus explicite entre les travaux empiriques de mesure des inégalités et les fondements éthiques sur lesquels ils reposent. Par ailleurs, la prise en compte de la double dimension des inégalités, à la fois dynamique et globale, au sens des inégalités de niveau de vie, contribue à développer une analyse plus précise, plus pertinente et plus éthique de ces inégalités.

7. Bibliographie

- Amossé T, Doussin A, Firdion J-M, Marpsat M, Rochereau T. Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire - Enquête INED, Paris et petite couronne, 1998. Questions d'économie de la Santé, CREDES. 2001.
- Arnsperger C, van Parijs P. Ethique économique et sociale. Paris, 2000.
- Banque Mondiale. World Development Report 2006: Equity and development, 2005. Washington, D.C.
- Bleichrodt H, van Doorslaer E. "A welfare economics foundation for health inequality measurement." *Journal of Health Economics*, 2006, 25 (5), 945-957.
- Bound J. Self-reported versus objective measures of health in retirement models. *The Journal of Human Resources* 26:107-137, 1990.
- Chauvin P, Parizot I, Menahem G, Guichet M, Pech N, Lebas J. Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins. Rapport final, 1999.
- Clark Andrew E., Vicard A. "Conditions de collecte et santé subjective." Document de travail PSE, n° 2007-10, 2007.
- Couffinhal A, Dourgnon P, Tubeuf S. Outils de mesure des inégalités: quelques débats d'actualité. *Santé, Société et Solidarité* 2004:163-171.
- Dauphinot V, Naudin F, Guéguen R, Perronnin M, Sermet C. Ecart entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée - L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie. *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, 2006.
- Devaux M, Dourgnon P, Jusot F, Lardjane S, Sermet C, Tubeuf S. "Hétérogénéité sociale de mesure de l'état de santé et mesure des inégalités sociales de santé." Rapport final dans le cadre de l'appel à projets de recherche Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, CANAM «Inégalités sociales de santé», 125 pages. IRDES, 2007.
- Devaux M, Jusot F, Trannoy A, Tubeuf, S. "Inégalités des chances en santé: influence de la profession et de l'état de santé des parents." *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, 2007, Analyses (118).

- Etilé F, Milcent C. "Income-related reporting heterogeneity in self-assessed health: evidence from France." *Health Economics*, 2006, 15 (9), 965-981.
- Fleurbaey M. "Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé." *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2007, 55 (1).
- Girard F, Cohidon C, Briançon S. Les indicateurs globaux de santé. In: *Les inégalités sociales de santé*, ed. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. La Découverte, 2000.
- Gravelle H, Morris S, Sutton M. "Economic studies of equity in the consumption of health care". Ed. Jones, Andrew, *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing, 2006, Ch. 18, 193-204.
- Grossman M. *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. New York: 1972.
- d'Houtaud A, Field M, Gueguen R. *Les représentations de la santé*, Paris, INSERM, 1989.
- Huber H. *Vieillesse, dépenses de santé et inégalités de recours aux soins: essais de micro-économétrie appliquée*. Université Paris X Nanterre, 2006.
- Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:663-671.
- Hyde M, Jakub H, Melchior M, Van Oort F, Weyers S. Comparison of the effects of low childhood socioeconomic position and low adulthood socioeconomic position on self-rated health in four European studies. *J Epidemiol Community Health*, 2006, 60:882-886.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38:21-37.
- Jusot F, Rochaix L, Tubeuf S. "Income-related health inequalities in France in 2002: comparing trends with alternative health indicators." Document de travail présenté à Annual ECuity Workshop-Bonn, 2005.
- Kerkhofs M, Lindeboom M. Subjective health measures and state dependent reporting errors. *Health Economics*, 1995, 4:221-235.
- Lardjane S, Dourgnon P. Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons. Document de travail IRDES n° 2. 2007.
- Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte, 2000..
- Lecluyse A, Cleemput I. Making health continuous: implications of different methods on the measurement of inequality. *Health Economics*, 2006, 15:99-104.
- Leu RE, Schellhorn M. The evolution of income-related health inequalities in Switzerland over time. *CESif Economic Studies* November, 2006.

- Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford University Press, 1999.
- Melchior M, Berkman LF, Kawachi I, Krieger N, Zins M, Bonenfant S. Lifelong socioeconomic trajectory and premature mortality (35-65 years) in France: findings from the GAZEL Cohort Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006a, 60:937-944.
- Melchior M, Lert F, Martin M, Ville I. Socioeconomic position in childhood and in adulthood and functional limitations in midlife: data from a nationally-representative survey of French men and women. *Social Science and Medicine*, 2006b, 63:2813-2824.
- Moesgaard Iburg KM, Salomon JA, Tandon A Murray CJL. Cross-population comparability of physician-assessed and self-reported measures of health. In: *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*, Eds. Murray CJL, Salomon JA, Mathers C, Lopez AD. Geneva: WHO, 2002; 433-448.
- Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol.51, n°6, 2003: 577-588.
- Perronnin, M, Rochaix, L, Tubeuf, S. "Construction d'un indicateur continu d'état de santé agrégeant risque vital et incapacité." *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, 2006, Méthodes (107).
- Rawls John. *Théorie de la justice*. 1971.
- Réseau Impact. *Commentaire du rapport de la Banque Mondiale sur le développement dans le monde: Equité et développement*. Ministère des Affaires Etrangères. 2006.
- Rochaix L. *Equité et santé : pour une redéfinition des termes du contrat social*. 2002.
- Smith JP. Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives* 13:145-166, 1999.
- Van Doorslaer E, Koolman X. Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 2004, 13:609-628.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F, "Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? ", in *Measuring Up: Improving health systems performance in OECD countries*, OECD, Paris, France. 2002.
- Van Doorslaer E, Koolman X, Jones A. "Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe," *Health Economics*, 2004a. 13(7), 629-647.
- Van Doorslaer E, Masseria C, the OECD Health Equity Research Group Members. "Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries," *Towards High-Performing Health Systems: Policies Studies*. 2004b.

- Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care and delivery. In: Handbook of Health Economics vol 1B, Eds. Culyer A.J, Newhouse J.P. Amsterdam: Elsevier; 1803-1857, 2000.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. World Bank. Policy Research Working Paper. 2001.
- Williams A. "Need: An Economic Exegesis." In Economic Aspects of Health Services, eds. A.J. Culyer and K.G. Wright, 1978, pp. 32-45
- World Health Organisation, Data Quality and Data Collection Strategies, in: Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment, chap. 12. 2001. WHO. (<http://www.who.int/health-systems-performance/sprg/>)
- WHO Commission on Social Determinants of Health 2005b, Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences, 2005, WHO, (http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_media/cdsh_int_eric_statement_final_07.pdf)