

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DU PRÉSIDENT

Le CES a dignement fêté ses 20 ans, le 19 mars dernier, au Palais Brongniart, dans le temple désaffecté d'un capitalisme financier dématérialisé ! Abandonné par ses traders, le palais Brongniart est devenu un lieu de culture et de science... Faut-il y voir une nouvelle preuve de l'intuition de Hegel qui voyait « l'oiseau de Minerve prendre son vol à la nuit tombée » et la culture s'épanouir au crépuscule des empires ?

Fêtons-nous notre 40^{ème} anniversaire à la Défense, quand le modèle contemporain de capitalisme mondialisé et financiarisé qui y loge ses états-majors et qui connaît la crise que l'on sait, aura cédé la place à un successeur encore inconnu ?

En attendant, réjouissons-nous du succès de la manifestation. Le public a été nombreux et assidu et aucun des intervenants de haut niveau, notamment aux niveaux administratifs, politiques et syndicaux, n'a fait défaut. La formule que nous avions imaginée a bien fonctionné et il faut souhaiter que le Colloque des 20 ans, comme celui des 10 ans ou comme le Colloque international de 2001, trouve à son tour sa place dans la mémoire collective du CES...

La Revue Sève a accepté de publier les actes de la manifestation et cela constituera, après la revue Economique et la Revue d'Economie Publique, la troisième publication collective du CES de ces trois dernières années. Cette manifestation a permis également de vérifier que le modèle original du CES, tel qu'il avait été conçu par ses initiateurs (Emile Lévy, Simone Sandier, Robert Fonteneau, Béatrice Majnoni, etc.) était toujours d'actualité.

Le CES se veut à la fois une société savante et un outil de promotion de l'économie de la santé auprès des décideurs publics. La forte représentation des acteurs institutionnels prouve que son existence est reconnue et sa voix entendue, à défaut d'être toujours écoutée. Les économistes de la santé font maintenant partie intégrante du mode de la santé ce qui n'était certainement pas le cas il y a vingt ans, quand le moindre point de vue économique sur le sujet était à la fois prohibé et scandaleux.

Ce succès salué par tous a été un peu terni par la décision que nous avons du prendre à contrecœur de reporter l'AG du 12 mai 2010 dernier et d'annuler le colloque pré-AG qui était cette année consacré au thème « démographie et économie de la santé ». Le nombre d'inscrits était trop faible et nous ne pouvions prendre le risque de ne pouvoir tenir l'AG faute de quorum et surtout de faire plancher nos invités devant une audience réduite à quelques unités. Pourquoi cette soudaine et inattendue désaffection ? Nous en débâterons au sein du CA dans les séances à venir. Mais il nous faudra de toute manière tenir notre AG statutaire en 2010, éventuellement sans colloque préalable, ce qui nous libèrera de la contrainte du nombre de participants physiques, seul un nombre minimal de mandats étant requis.

Claude LE PEN
LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL :

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Les économistes de la santé n'ont pas toujours à l'esprit la singularité de leur domaine dans son rapport avec les concepts d'inégalité et d'équité. Je dégagerai trois spécificités, la troisième ouvrant directement sur la contribution de Sandy Tubeuf et celle conjointe de Florence Jusot et Chantal Cases. D'une part, le concept d'égalité paraît d'emblée légitime, ce qui ne va pas de soit dans bien nombre d'autres domaines, où il faut d'abord justifier l'intérêt du concept d'égalité. Cela vient de toute évidence du caractère fondamental de la santé qui conditionne tout le reste. Ce n'est pas pour rien que dans la liste des « capacités » dressée par degré de priorité par la philosophe Martha Nussbaum, les trois premières interrogent chacune une dimension de santé, la longévité, la santé physique et l'intégrité physique. La première inégalité et la plus importante entre toutes est l'inégalité devant la santé. La seconde singularité provient de la spectaculaire réduction des inégalités de santé au cours du XX^{ème} siècle dans les pays développés. Ce mouvement est sans équivalent dans d'autres domaines et en particulier dans celui du revenu. Par exemple, dans le domaine de la longévité, Sam Peltzman fait justement remarquer, dans la dernière livraison du Journal of Economic Perspectives, que l'indice de Gini des longévités est passé de 0,45 aux alentours de 1850 à moins de 0,10 aux années 2000. Que veut dire ce dernier chiffre concrètement ? Si l'on prend deux individus au hasard dans la société en respectant pour le tirage les poids démographiques de chaque groupe, l'écart de longévité en moyenne atteint 10% de la longévité moyenne. Le plus petit Gini en matière de revenus est encore à 0,25 pour la Suède alors que le Brésil atteint certainement 0,45. Les pays en voie de développement, ou en tout cas un grand nombre d'entre eux, s'engagent sur la même pente. Il est difficile de prévoir si à l'avenir d'autres phénomènes, comme l'apparition

foudroyante de nouveaux virus que l'homme n'aura pas eu le temps de prévenir, ne viendront pas casser momentanément, voire renverser, cette tendance spectaculaire. A ce stade, il est difficile d'échapper au constat que les inégalités génétiques ou physiques ne sont pas si considérables, puisqu'en permettant à toute une population de grosso modo pouvoir bénéficier des mêmes types de soins, on est en mesure de réduire l'inégalité de longévité à des niveaux inconnus dans d'autres domaines. En tout état de cause, il semble que les inégalités physico-génétiques soient de bien moins grande ampleur que les inégalités sociales de revenu, d'éducation, de patrimoine etc. La troisième spécificité des inégalités de santé provient justement de ce que les économistes de la santé se focalisent sur les inégalités sociales de santé, c.a.d sur la corrélation entre inégalités sociales et inégalités de santé. Il s'agit de détecter et comprendre par quels canaux les inégalités sociales déteignent sur les inégalités de santé. C'est à une présentation de la méthode ECuity, que nous invite Sandy Tubeuf, qui vise justement à mesurer les inégalités sociales de santé. Florence Jusot et Chantal Cases, quant à elles, après avoir rappelé que la France est mal placée en termes d'inégalités sociales de santé en Europe, explorent les pistes qui s'offrent à la politique économique et sociale pour essayer de les réduire. Et ce n'est pas le moindre paradoxe de souligner que, même si les inégalités sociales de santé sont relativement de faible ampleur, elles doivent cependant continuer à être combattues parce qu'elles sont considérées comme naturellement plus inévitables que toutes les autres.

Alain TRANNOY
EHES, GREQAM-IDEP

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Des différences d'état de santé entre groupes sociaux existent aujourd'hui dans l'ensemble des pays européens (van Doorslaer et Koolman, 2004¹ ; Cambois et Jusot, 2007² ; Leclerc et al., 2008³ ; Mackenbach et al., 2008⁴). Dans son rapport, la commission des déterminants sociaux de l'OMS (2008⁵) 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 sur l'état des connaissances sur les inégalités sociales de santé et les leviers d'action possibles.

Un diagnostic éprouvé

En France, 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 (Monteil et Robert-Bobée, 2005⁶). Chez les hommes, cela équivaut à l'allongement de la durée de vie à 35 ans depuis les années 50.

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 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, 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 d'inégalités dans le nombre d'années vécues en bonne santé. Par exemple, un cadre de 35 ans peut espérer vivre en moyenne 73% de son espérance de vie totale sans incapacité, contre seulement 60% pour un ouvrier (Cambois et al., 2008⁷). Des différences sociales sont également constatées pour la plupart des pathologies.

La France est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes (Mackenbach et al., 2008). Elles semblent s'aggraver sur longue période. Par exemple, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvrier n'était que de 6 années sur la période 1976-1984 (Monteil et Robert-Bobée, 2005) ; 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., 2007⁸).

Les leviers d'action possibles

Face à ce constat, on peut penser que ces inégalités sont inhérentes à toute organisation sociale, que leur réduction constitue une mission impossible. De nombreuses recherches ont pourtant mis en évidence leurs multiples causes : conditions de vie et de travail, comportements et modes de vie, mais aussi sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie au travail, faiblesse des liens sociaux et conditions de vie dans l'enfance (Marmot et Wilkinson, 1999 ; Berkman et Kawachi, 2000⁹).

Le rôle du système de soins a également été mis en évidence (Couffinhal et al., 2005¹⁰; Bago d'Uva et

1 van Doorslaer E, Koolman X. (2004), "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries", Health Economics, 13, 7 :609-628.

2 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.

3 Leclerc A., Kaminski M., Lang T. (2008), Inégaux face à la santé - Du constat à l'action, La Découverte.

4 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.

5 OMS (2008), "Comblant le fossé en une génération".

6 Monteil C., Robert-Bobée I. (2005), Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes", Insee Première, 1025.

7 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.

8 Menvielle G. Chastang JF, 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'Epidémiologie et Santé Publique, 55, 2 :97-105.

9 Berkman L.F et Kawachi I. (2000), Social Epidemiology, Oxford University Press.

10 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.

Jones, 2009¹¹; Or et al., 2009¹²). Des barrières culturelles et informationnelles retardent le recours aux soins et à la prévention des populations les plus pauvres et les moins éduquées. Le rôle du coût des soins restant à la charge du patient et donc de la possession d'une couverture complémentaire a aussi été démontré. Le système de soins semble également apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients, en raison notamment de la distance sociale et culturelle avec le médecin et de la qualité de communication qui en résulte. Enfin, l'organisation même du système de soins semble avoir un rôle, les inégalités sociales de consommation de soins étant plus réduites dans les systèmes nationaux de santé, financés par taxation, où le médecin généraliste a un rôle de gatekeeper.

Les travaux sur les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé sont bien moins 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 se sont fixés pour objectif de réduire ces inégalités dès les années 1990 (Couffinhal et al., 2005). En cohérence avec les résultats de la recherche, ils ont élaboré 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 risques, en mobilisant notamment la médecine de soins primaires. Ces politiques ont fait l'objet de premières évaluations, comme dans le cadre d'expérimentations menées aux Pays-Bas au cours des années 1990 ; les résultats montrent que ces différents types d'actions sont efficaces.

Les politiques visant à solvabiliser la demande de soins ont un effet incontestable sur les inégalités sociales de recours. 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 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. Les politiques ciblées de prévention et d'éducation à la santé visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes à risque en raison de leur état de santé, semblent plus efficaces que les politiques universelles, et les politiques locales à préférer aux politiques nationales.

La commission des déterminants sociaux de l'OMS insiste sur l'amélioration des conditions de vie et de travail et la réduction des inégalités économiques, en particulier pour diminuer les inégalités entre les pays du Nord et du Sud, mais également au sein d'un même pays. Les inégalités de santé semblent en effet plus réduites dans les démocraties sociales du Nord de l'Europe où les inégalités de revenus sont limitées, l'accès à l'emploi généralisé et l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux importante. De plus, les évaluations d'expériences britanniques et néerlandaises confirment l'efficacité d'interventions sur les conditions de travail et les conditions de vie des enfants.

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 de doute. Leur interprétation en termes de justice sociale 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 ? 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.

¹¹ 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.

¹² 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.

En France, pourtant, la question des inégalités sociales de santé a eu jusqu'à récemment 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 Etats 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, qui a constitué une véritable avancée dans l'équité d'accès aux soins. Le projet de Loi « hôpital, patients, santé, territoire » pose encore la question de l'accès aux soins, à travers les thématiques des refus de soins et de la répartition territoriale des professionnels de santé. Lors des débats récurrents sur la réforme des retraites, les différences d'espérance de vie entre groupes professionnels sont rappelées pour discuter l'opportunité d'en tenir compte dans les paramètres du système ; mais pour autant, elles sont largement considérées comme un état de fait.

La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a cependant mis en avant, parmi ses neuf principes, celui de la réduction des inégalités, et deux des 100 objectifs concernent directement cette question. L'objectif 33 est de « 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. 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 ». Il 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 les inégalités comme une question transversale, et la Ministre de la santé a récemment annoncé cette thématique comme centrale dans la future loi de santé publique. 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 (2009¹³) sur cette question. Les causes des inégalités sociales de santé étant très nombreuses, de nombreux instruments sont envisageables. Il est aujourd'hui temps, si cet objectif est reconnu, 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.

Florence JUSOT

Université Paris-Dauphine (LEDA-LEGOS) & IRDES

Chantal CASES

INED

13 Haut Conseil de santé publique (2009), « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité »

ACTES DES 20 ANS DU COLLEGE DES ECONOMISTES DE LA SANTE

Le Collège des Economistes de la Santé a obtenu l'accord de la revue les Tribunes de la Santé - Sève et de son Rédacteur en chef, Didier Tabuteau pour réaliser un numéro spécial de la Revue rendant compte des 20 ans du CES.

Sommaire :

Avant-propos : Claude Le Pen, Thomas Barnay

L'évolution des dépenses et son analyse : Mireille Elbaum

Health Care expenditure and population health : Victor Rodwin

Du Plan Seguin à la Loi Bachelot : Didier Tabuteau

Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? : Gérard de Pourville,
Martine Bungener

European Health Reform Trends 1990-2010 : Robert Saltman

Commentaire, Jacky Mathonnat

Commentaire, Jean-Paul Moatti

MESURE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ : LA METHODOLOGIE « ECUIITY » APPLIQUEE A LA FRANCE.

En France, d'importantes disparités de mortalité sont observées d'une classe sociale à une autre, d'un niveau d'éducation à l'autre. Précisément, ces inégalités sont parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest, notamment en matière de mortalité prématurée de certaines classes sociales¹⁴. De plus, le risque de décès est fortement corrélé au niveau de revenu et cette relation est vérifiée tout au long de la distribution des revenus, indépendamment de l'effet des catégories socioprofessionnelles¹⁵. Les inégalités sociales liées à la fréquence des problèmes de santé s'observent aussi pour des pathologies très variées¹⁶. Cependant, la persistance d'inégalités sociales de santé¹⁷ alors que la France a montré sa politique volontariste en matière de réduction des inégalités de santé en créant la Couverture Maladie Universelle en 2000, démontre que ce sujet n'est pas clos.

Au-delà du constat de leur existence, les inégalités sociales de santé se construisent selon des mécanismes qu'il convient de comprendre et d'identifier. A la classe sociale déjà mise en cause pour expliquer les différences de mortalité dans les travaux démographiques, les épidémiologistes¹⁸ ont défini et étudié des déterminants sociaux de la santé d'origine et de nature très diverses. En économie, à l'échelle internationale, le champ de l'explication des inégalités sociales de santé a été investi grâce à la méthode de décomposition de l'inégalité en facteurs déterminants introduite par le projet européen ECuity¹⁹. L'originalité de cette approche est de s'inscrire dans un cadre économique de mesure des inégalités sociales de santé et de mener une réflexion sur la mesure de l'état de santé individuel.

Mesure de la santé

L'état de santé individuel est appréhendé par la santé auto-évaluée qui permet de prendre en compte une définition élargie de la santé. La perception qu'a un individu de sa santé demeure une variable incontournable des enquêtes sur la santé, qui englobe, le cas échéant, toutes les dimensions physiques et psychologiques de la santé. En France, peu d'études analysent les inégalités sociales de santé à partir de cette variable préférant l'utilisation de données de mortalité ou de pathologies spécifiques qu'elles jugeront moins subjectives. Le cœur du débat semble être de savoir si la santé auto-évaluée est un indicateur adéquat de la « vraie santé » alors que, par définition, il s'agit d'un indicateur subjectif de santé. Cependant au lieu de chercher à définir la « vraie santé » qui reste un paramètre inobservable, il paraît préférable d'utiliser des indicateurs de santé déclarée et d'encourager les efforts méthodologiques d'amélioration de la comparabilité des réponses individuelles puisque les données d'enquête fournissent, certes, des indicateurs de santé moins fiables que la mortalité mais disposent de nombreuses variables socio-démographiques élargissant significativement les perspectives d'analyse. Pour corriger la santé auto-évaluée de la variabilité interindividuelle de réponses, indépendante de l'état de santé objectif, une méthode de cardinalisation innovante a été proposée²⁰. Cette méthode consiste à rendre continue la variable de santé auto-évaluée initialement définie en catégories, en créant de la dispersion dans sa distribution à partir de la distribution d'une variable de santé cardinale et continue observée par ailleurs, à savoir le *Health Utility Index*. L'utilisation d'une information supplémentaire sur la santé permet d'améliorer l'information contenue dans la variable subjective de santé. De plus, le modèle de régression par intervalles utilisé pour la mise en œuvre de la cardinalisation permet d'introduire un vecteur de caractéristiques individuelles prenant ainsi en compte les variations individuelles dans la mesure de la santé.

14 Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 2008 ; 358: 2468-81

15 Jusot F. The shape of the relationship between mortality and income in France. *Annales d'Economie et de Statistique* 2006; 83-84: 89-122.

16 Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2007; 2-3(janvier): 10-5.

17 Elbaum M. Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2007; 55: 47-54.

18 Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health*. Oxford University Press ed. Oxford: 1999.

19 Pour en savoir plus : www2.eur.nl/ecuity/ecuityi.htm

20 van Doorslaer E, Jones A. The determinants of self-reported health inequalities: validation of a new approach to measurement. *Journal of Health Economics* 2003; 22:61-87.

La méthodologie de mesure des inégalités

Les inégalités sociales de santé en France sont bien connues en termes de comparaison des indicateurs de mortalité ou de morbidité pour différentes catégories socioprofessionnelles²¹ (PCS). Cependant, la PCS rend difficile la hiérarchisation de la population et l'inégalité de santé par PCS peut provenir d'effets culturels ou matériels et dans ce cas, la PCS ne fait que refléter un effet du revenu. Pour ces raisons, les économistes préfèrent étudier l'inégalité de santé selon le revenu. Étudier les inégalités de santé en fonction du revenu ne signifie pas nécessairement que nous préjugeons un lien de causalité entre revenu et santé, mais que nous mesurons les différences de niveau de santé moyen par groupes de revenu. Le revenu seul reste toutefois insuffisant pour approcher les différents mécanismes économiques et sociaux pouvant générer des inégalités sociales de santé et l'utilisation simultanée de plusieurs indicateurs du statut socioéconomique est particulièrement pertinente. La méthodologie développée ici analyse l'inégalité de santé en fonction du revenu en tenant compte de ces mécanismes divers : elle s'appuie sur un modèle explicatif de la santé et mesure la contribution de chaque variable explicative à la formation des inégalités de santé à l'aide d'un indice de concentration²² décomposé. La décomposition évalue empiriquement les principales hypothèses formulées pour expliquer les inégalités : proviennent-elles de la force de la relation de dépendance entre revenu et santé ? De l'ampleur des inégalités de revenu ? De l'influence d'autres déterminants socioéconomiques sur la santé ainsi que de leur corrélation avec la santé ? Ainsi, cette méthodologie permet d'expliquer la distribution plus ou moins égalitaire de la santé au sein d'une population donnée au regard d'un indicateur de santé défini au préalable.

Les inégalités sociales de santé en France

L'analyse est conduite sur un échantillon d'adultes en âge de travailler issu de l'Enquête Santé Protection Sociale 2004²³. La première étape de la méthode de décomposition permet d'analyser la distribution des facteurs selon la distribution du revenu, indépendamment de la santé et montre des inégalités de revenu en faveur des individus les plus âgés, en particulier les hommes, ainsi qu'en faveur des individus les plus éduqués, les cadres et les techniciens. Elle confirme de plus des inégalités sociales dans l'accès à la couverture complémentaire. La seconde étape permet de mesurer la contribution relative de chacun des facteurs à l'inégalité sociale de santé totale et d'observer la puissance du lien existant entre la santé et ce facteur. Les résultats mettent en évidence qu'il existe des inégalités de santé selon le revenu à l'avantage des revenus les plus élevés. Les plus fortes contributions aux inégalités proviennent du niveau de revenu (61%), de l'inactivité professionnelle qui concerne principalement les individus en mauvaise santé (22,6%), de la classe sociale (20%), du niveau d'éducation (13%) et de l'accès à la couverture complémentaire santé. Nous étudions aussi le rôle de la CMUC. Cependant, si une analyse similaire a mis en évidence que la CMUC contribuait à la diminution des inégalités de consommation de soins²⁴, notre analyse permet seulement de vérifier que la réforme cible bien la population concernée. En effet, si des changements dans la consommation de soins peuvent s'observer sur de courtes périodes, des changements sur la santé nécessitent des données de long terme afin de pouvoir être observés. En conclusion, l'analyse suggère que des décisions publiques favorisant un accès équitable à l'éducation à la santé et à la couverture complémentaire, sont à privilégier pour la diminution des inégalités car elles diminueraient vraisemblablement la force du lien haut revenu et meilleure santé.

Sandy TUBEUF

Academic Unit of Health Economics,
Université de Leeds (GB)

²¹ Par exemple, Monteil and Robert-Bobée (2007); Mesrine (1999 ; 2000); Leclerc et al. (2000) ; Menvielle et al. (2007).

²² L'indice de concentration d'une variable y en fonction du revenu r se définit à partir de la courbe de concentration de y en fonction de r , qui relie la proportion cumulée p des individus de la population ordonnés selon le niveau de revenu à la proportion cumulée q de la bonne santé totale disponible dont dispose cette proportion d'individus. La valeur de l'indice est comprise entre -1 et 1. Une valeur nulle signifie que la santé est distribuée de manière égale selon le revenu, c'est-à-dire qu'aux $p\%$ de la population rangée selon le revenu correspondent exactement $p\%$ de la santé totale quelle que soit la valeur de p . Un indice de concentration négatif traduit une inégalité favorable aux plus pauvres et inversement.

²³ Ces travaux ont fait l'objet d'une publication : Tubeuf S., (2009) Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004 : décomposition et explications, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 5 (57): 319 -328.

²⁴ Hélène Huber, Thèse de doctorat, Université Paris X-Nanterre, 2006

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

FORMATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Le Collège poursuit son activité de formation auprès des caisses d'assurance maladie. Après avoir assuré entre 2007 et 2009 la formation des agents de la CNAMTS, le CES coordonne une formation en économie de la santé auprès des agents du Régime Social des Indépendants entre novembre 2009 et mai 2010. 210 heures de formation seront au total assurées par 9 intervenants, membres du CES.

Deux modules sont proposés : un module « *fondamentaux de l'économie de la santé* » de 3,5 journées (financement-régulation, offre de soins, demande et consommation de soins et perspectives) et un module « *organisation des soins* » de 4 journées (médicament, médecine de ville, gestion du risque, hôpital)

LE CLUB HIPPOCRATE

AGORA Europe initiateur du projet a demandé au Collège de proposer des thématiques et des intervenants dans le cadre de la mise en place d'un club informel de parlementaires nommé Hippocrate portant sur l'économie de la santé. Il est présidé par Alain VASSELLE, sénateur UMP de l'Oise, rapporteur général de la Commission des affaires sociales, Gérard BAPT, député PS de la Haute-Garonne, rapporteur pour avis du budget santé, et Jean-Pierre DOOR, député UMP du Loiret, rapporteur du budget assurance-maladie au PLFSS. Ce club a débuté ses rencontres en janvier 2010 et depuis, des déjeuners sont organisés tous les mois et demi avec un économiste de la santé et un haut-fonctionnaire sur des sujets tels que l'avenir de l'Assurance Maladie, les inégalités sociales de santé, état de santé et offre de travail des seniors, les dépenses de santé ou encore les complémentaires. Les notes de synthèse et les comptes-rendus sont disponibles sur le site suivant : <http://www.club-hippocrate.fr>

L'ACTUALISATION DES GUIDES DE RECOMMANDATION 2003

La Haute Autorité de Santé a demandé au Collège de réaliser une revue de la littérature visant à partiellement actualiser le « Guide méthodologique pour l'évaluation médico-économique des technologies de santé » du CES de 2003. Les items suivants ont été étudiés : les coûts directs et des coûts indirects ; le traitement de l'incertitude ; l'évaluation contingente ; le caractère transférable des études ; la méthode des choix discrets ; le comparateur. Ce travail court sur la période septembre 2009-avril 2010, le rapport final sera prochainement mis en ligne sur le site du CES.

L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LES DEPENSES DE MEDICAMENTS

Cette étude a été proposée par Les Entreprises du Médicament au Collège des Economistes de la Santé. Après avoir défini une thématique de recherche intéressant les deux parties et relative à la projection des dépenses de médicaments, le CES a procédé à un appel à projets auprès des centres de recherche membres du CES. L'équipe U912 de l'Inserm a finalement été sélectionnée. Au final, l'équipe de recherche, composée de trois chercheurs ; Sophie Thiébaud, Bruno Ventelou et Thomas Barnay, a travaillé sur la période avril 2009-mai 2010 date de la remise du rapport final.

PROCHAINES JOURNEES DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ FRANÇAIS

Cette année, les JESF se déroulent à Lyon les 2 et 3 décembre 2010. Comme à l'accoutumée, deux conférenciers invités interviendront et une table ronde autour des questions d'évaluation médico-économique sera organisée, présidée par Benoît Dervaux.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adrezsez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Nelson Pereira
et Donia Ait Omar.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755