

Les inégalités de santé

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule	2
Inégalités de santé, c'est-à-dire ?	2
Inégalités de santé et inégalités d'accès aux soins	4
Les inégalités de santé	4
Les inégalités de recours aux soins	6
La mesure des ISPS	8
Inégalités absolues et relatives	8
Les indices d'inégalités ou indices de concentration	10
Jusqu'où réduire les inégalités ?	12
L'arbitrage égalité-efficacité	12
Les inégalités légitimes	14
Les inégalités naturelles	16
Les autres dimensions du bien-être	17
Références	18

Préambule

Objectifs d'apprentissage : assimiler les définitions des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ; comprendre les propriétés des mesures des ISTS ; savoir appréhender les questions d'arbitrage entre efficacité et équité des politiques de santé.

Inégalités de santé, c'est-à-dire ?

L'expression *inégalités de santé* est une expression trompeuse. Par nature, la santé est un risque qui frappe certaines personnes et pas d'autres ce qui provoque mécaniquement des inégalités d'états de santé. En conséquence, réduire le risque santé et ses conséquences réduit les inégalités de santé comprises comme différences d'états de santé entre des individus faisant face au même risque. Cependant, en règle générale, quand il est fait usage de l'expression inégalités de santé c'est aux différences entre groupes sociaux qu'il est fait mention : différences de mortalité en fonction du revenu, différences de recours aux soins en fonction de la catégorie sociale, différences de taux de dépistage en fonction du lieu d'habitation, etc.

C'est ainsi que l'expression consacrée est celle d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) pour rendre compte de différence d'états de santé entre groupes sociaux ou entre territoires.

Nos sociétés, pour la plupart, tolèrent des inégalités de revenus ou de positions sociales dès lors qu'elles rendent compte de mérites individuels, qu'elles sont considérées comme participant à l'efficacité économique du pays ou encore qu'elles sont jugées être la conséquence directe du respect des libertés individuelles. Les conséquences de ces inégalités économiques sur la santé ou l'accès aux soins ces inégalités sont pourtant le plus souvent jugées comme illégitimes. En adoptant le cadre normatif développé par John Rawls¹, Norman Daniels défend ainsi l'idée que la réduction des ISTS participe à la réalisation de la juste égalité des chances, principe central de la théorie de la justice de John Rawls (Rawls 2009).

(1) Puisque satisfaire les besoins de santé, au sens large, promeut la santé, et puisque la santé contribue à la protection de l'égalité des chances, alors satisfaire les besoins de santé protège l'égalité des chances. (2) Puisque la théorie rawlsienne de la justice comme équité exige, comme d'autres approches importantes de la justice distributive, que l'on protège l'égalité des chances, alors plusieurs

¹ John Rawls est la figure pionnière des nouvelles théories libérales de la justice (dites théories de la justice comme équité) se tenant à distance de l'utilitarisme (welfarisme) des économistes et ambitionnant de concilier pluralité des conceptions de la vie bonne (incommensurabilité des biens) et principes distributifs (Rawls 2009).

conceptions récentes de la justice accordent une importance spéciale au fait de satisfaire les besoins de santé. (Daniels, 2009)

Dis autrement, la santé est une condition nécessaire à la possibilité pour chacun de poursuivre sans entrave sa conception de la vie bonne. Les ISTS sont ainsi considérées comme des obstacles à la juste égalité des chances et doivent de ce fait être réduites au maximum. Ce point de vue rejoint les développements en épidémiologie sociale sur les inégalités sociales de santé notamment représentés par les travaux de Margaret Whitehead (Whitehead 1992).

Cette place particulière donnée à la santé par rapport aux autres dimensions contribuant au bien-être (comme les ressources économiques) n'est pas sans soulever des questions. Elle pose tout d'abord un problème de cohérence. Dès lors que l'on admet, ce qui est très largement le cas dans la littérature, que les conditions de vie tout au long de la vie influencent très significativement l'état de santé, on doit admettre que la lutte contre les ISTS est contrainte par la réalité des inégalités économiques. Si l'on considère que les inégalités économiques sont légitimes ou relèvent d'un autre registre éthique, les politiques de réductions des ISTS ne peuvent que se limiter à chercher à atténuer l'impact des inégalités économiques sur les ISTS.

L'approche welfariste des économistes les conduisent à ne pas considérer la santé comme un bien spécifique (comme le défendent Norman Daniels ou Margaret Whitehead) devant relever d'une éthique particulière. Ils privilégient une appréciation globale du bien-être, appelée utilité, intégrant les dimensions sanitaires et économiques et conduisant à des objectifs de bien-être social (approche « welfariste ») agrégeant les utilités individuelles en considérant simultanément le niveau moyen de bien-être et les inégalités de bien-être. Ils pourront alors critiquer une politique de réduction des ISTS qui augmenteraient les inégalités de bien-être, par exemple en exigeant des plus modestes des contributions financières pour financer la politique de santé permettant la réduction des ISTS ou plus généralement en pesant sur l'activité économique et les ressources des plus modestes. Nous développons un exemple plus loin pour illustrer ce point.

Considérer la santé comme un bien dont la distribution doit faire l'objet d'un objectif éthique spécifique n'est donc pas naturel pour un économiste qui tendra naturellement à interroger les préférences individuelles pour apprécier le bien-être global des individus prenant en compte l'ensemble des dimensions, économiques et sanitaires en particulier, du bien-être individuel (Fleurbaey 2007).

Les économistes de la santé ont pourtant très largement adopté la démarche éthique théorisée par Norman Daniels ou Margaret Whitehead (sans nécessairement s'en revendiquer) et ont

étudié les ISTS comme un objet de première importance pour juger de la performance des systèmes de santé.

Inégalités de santé et inégalités d'accès aux soins

Les ISTS peuvent rendre compte **soit des inégalité d'état de santé soit des inégalités de recours aux soins**. Dans le premier cas il s'agira de s'intéresser à la corrélation entre catégorie sociale et santé et donc de considérer indirectement l'ensemble des mécanismes liant catégorie sociale et santé. Dans le deuxième cas l'analyse se concentre sur les inégalités en lien avec le système de soins et renvoie aux différentes barrières d'accès aux soins. Les économistes de la santé ont essentiellement centré leurs travaux sur les inégalités de recours aux soins dans le but d'apprécier les performances de systèmes de soins (van Doorslaer et al, 2011).

Les inégalités de santé

Mesurer les inégalités de santé à l'avantage de focaliser la mesure des inégalités sur la variable de résultat ultime, là où l'injustice peut apparaître comme la plus inacceptable. Prenons ainsi le cas du gradient revenu des inégalités de santé en France. Une représentation possible de ce gradient est celle proposée par la figure 1 ci-dessous. Sur cette figure sont représentées les espérances de vie en fonction du quantile de niveau de vie d'appartenance (sur la figure il s'agit de vingt : la population est répartie en vingt sous-populations, de la plus pauvre à la plus riche) sous l'hypothèse théorique que les individus ne changent pas de quantile tout au long de leur vie. C'est en fait une façon synthétique de représenter les différences de mortalité à chaque âge en fonction du revenu (Blanpain, 2018).

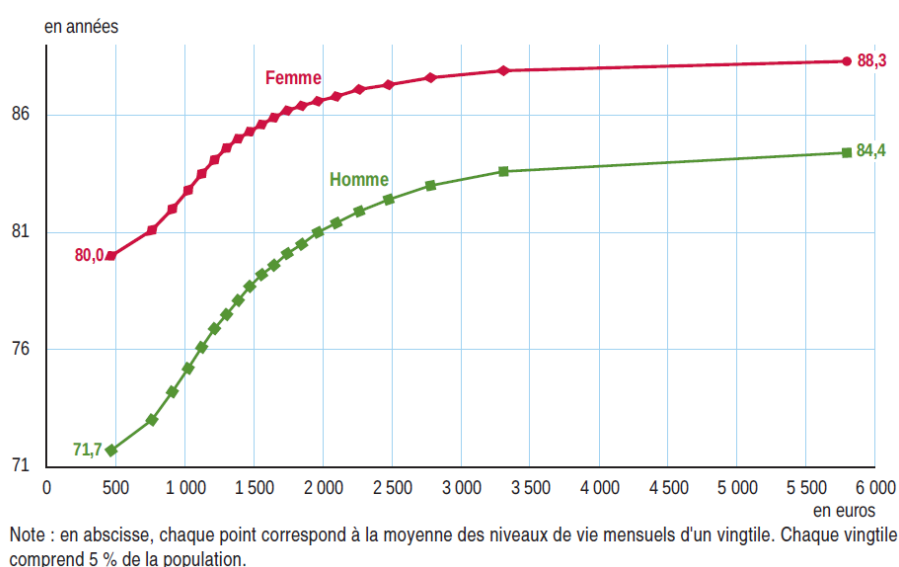


Figure 1 : Espérance de vie à la naissance selon le niveau de vie (Blanpain 2018)

Cette figure met en évidence une relation croissante très significative de l'espérance de vie avec le niveau de vie, en particulier du premier vingtile au quinzième vingtile, rendant compte du gradient niveau de vie de la mortalité à chaque âge. L'interprétation de ce graphique saisissant est en réalité très délicate. D'une part, il agrège l'ensemble des mécanismes complexes qui déterminent la santé (préférences pour la santé, accès aux soins, littératie, expositions aux risques, etc.), et, d'autre part, il laisse à imaginer un lien causal du niveau de vie vers la santé alors que bien entendu le lien de causalité est double. L'état de santé est en effet un facteur déterminant du revenu, comme cela a été montré par de nombreux travaux (O'Donnel 2024), en limitant notamment les capacités de travail des individus. La réalité brute du gradient revenu de la mortalité est une information utile mais qui ne dit rien des mécanismes conduisant à la corrélation entre niveau de vie et mortalité et à son intensité.

Un autre exemple de gradient social souvent commenté est celui de l'espérance de vie en fonction de la catégorie sociale. La figure 2 en est un exemple. Elle rend compte de l'espérance de vie à 35 ans en fonction de la catégorie socioprofessionnelle des individus et selon le sexe en France (Bonnet et al, 2023). Ce n'est là aussi qu'une façon synthétique de rendre compte de l'évolution du taux de mortalité par âge en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. Ce graphique montre que l'espérance de vie à 35 ans des cadres hommes est de 49,7 ans (respectivement 53,3 ans pour les femmes) alors qu'elle s'élève à 44 ans pour les ouvriers hommes (respectivement 49,9 ans pour les femmes). Cette fois la causalité inverse, d'un lien de la santé vers la catégorie sociale, peut être écartée mais l'interprétation reste néanmoins délicate : ce gradient est-il le résultat des risques liés aux métiers exercés (accidents du travail, exposition à des substances délétères pour la santé) ? Des conditions de vie (revenus, environnement) ? Des comportements liés à la santé ? Là encore, les mécanismes sous-jacents sont nombreux et complexes et la mise en évidence du lien entre catégorie socioprofessionnelle et mortalité ne permet bien sûr pas d'y répondre.

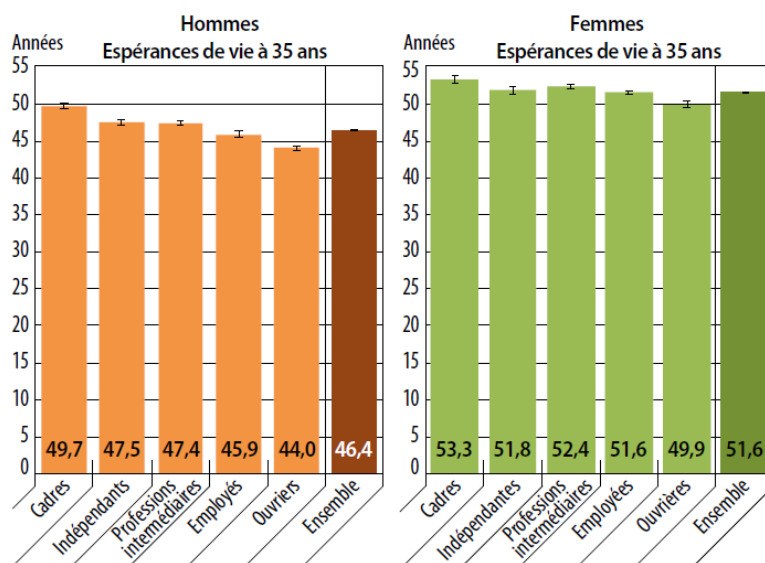


Figure 2 : Espérance de vie à 35 ans selon la catégorie socioprofessionnelle (Bonnet et al, 2023)

En matière d'inégalités de santé, il est possible de s'intéresser aux inégalités de durée de vie alors même que le risque santé est également partagé entre tous les individus, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'inégalités sociales ou territoriales de santé. La situation est égale *a priori* (*ex ante*), avant réalisation du risque, mais inégale *a posteriori* (*ex post*). On peut s'interroger sur la priorité que le système de soins donne aux personnes dont la durée de vie est la plus courte et donc à la façon dont les ressources du système de soins sont réparties entre les individus selon leur durée de vie, c'est-à-dire, pour être plus concret, selon leur âge. Nous en discutons plus loin dans ce chapitre.

Les inégalités de recours aux soins

Les économistes de la santé se sont intéressés aux inégalités sociales et territoriales de recours aux soins plus qu'aux inégalités de santé. On peut ainsi se référer aux travaux de l'« Equity project » qui dans les années 1990 ont contribué à développer des outils de mesures des inégalités de recours aux soins et à les appliquer aux systèmes de santé européens (van Doorslaer et al, 2000).

Comme pour les inégalités de santé, l'objet est d'évaluer le lien entre le recours aux soins et des variables décrivant le statut socioéconomique des individus (revenu, niveau de diplôme, niveau de déprivation du territoire, catégorie socioprofessionnelle, etc.). C'est une manière de mesurer l'éloignement d'un système de santé au principe d'équité horizontale dans l'accès aux soins : dans quelle mesure les personnes ayant le même besoin de soins ont recours à une même prise en charge indépendamment de leurs caractéristiques socio-économiques ?

La difficulté pratique supplémentaire pour mesurer des inégalités de recours aux soins, par rapport aux inégalités de santé, est qu'il est nécessaire d'estimer les besoins de soins, c'est-à-dire l'état de santé, des individus étudiés. Les données mobilisées sont généralement des données d'enquêtes récoltant des informations sur l'état de santé des répondants ou encore des données de cohortes médicales renseignant l'état de santé des individus suivis. Ces données doivent en outre permettre d'observer le recours aux soins, soit par déclaration des personnes suivies dans ces bases de données soit à partir de données médico-administratives telles que les données de remboursement de l'assurance maladie.

La figure 3 ci-dessous (OECD, 2019) rend compte de la probabilité de visiter un médecin généraliste dans les 12 derniers mois pour différents pays de l'OCDE. La mesure est contrôlée des besoins des individus c'est-à-dire de leurs états de santé. Ceci veut dire que les différences observées dans la probabilité de visiter un médecin ne peuvent pas s'expliquer par des besoins de soins différents (en tous les cas tels qu'ils sont mesurés dans les données mobilisées). Sur le graphique sont représentées la probabilité moyenne (« average »), la probabilité pour les 20% les plus riches (« highest income quintile ») et pour les 20% les plus pauvres (« lowest income quintile »). La distance entre les probabilités de ces deux quintiles (le plus riche et le plus pauvre) est une mesure de l'intensité des inégalités (voir la section suivante pour une discussion sur la mesure des ISTS). On constate que les inégalités d'accès aux généralistes en France sont comparables à la moyenne des pays de l'OCDE et sensiblement plus élevées qu'au Royaume-Uni, qu'en Espagne ou qu'aux Pays-Bas.

On pourrait ajouter que la probabilité de visiter un médecin généraliste est néanmoins élevée en France et même la plus élevée parmi les pays de l'OCDE pour les 20% les plus pauvres. Cela soulève deux questions. La première est celle du bon niveau de recours aux soins. Le plus n'est pas nécessairement le mieux, toute visite n'est pas nécessairement pertinente pour la santé des individus. La seconde est celle de l'importance donnée aux inégalités au regard du niveau moyen de l'outcome étudié. Nous reviendrons sur ce point dans la section suivante.

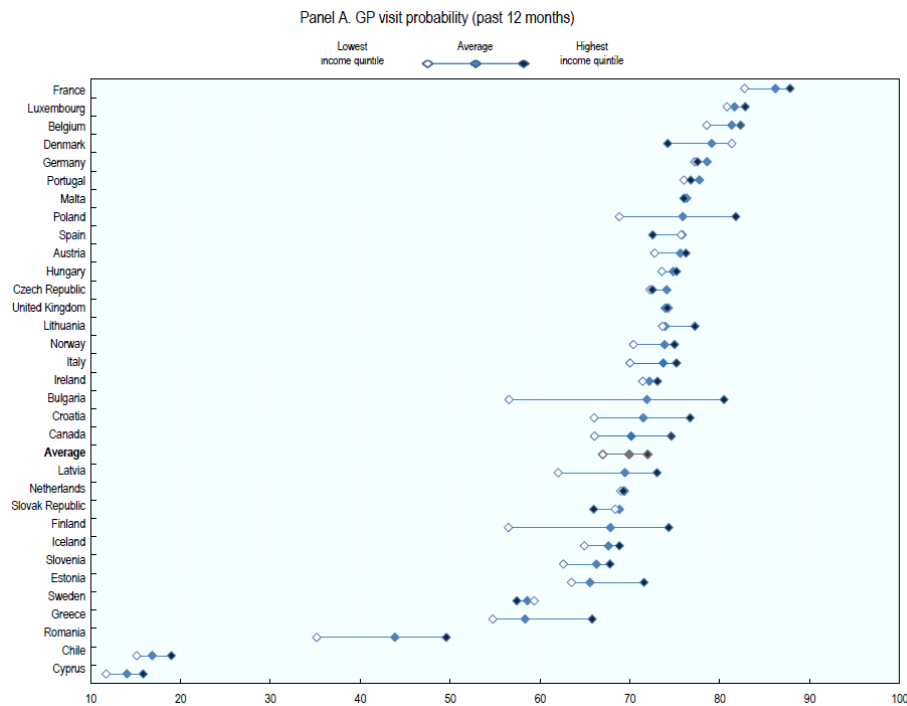


Figure 3 : Recours au généraliste selon le revenu dans les pays de l'OCDE (OECD, 2019)

La mesure des ISPS

Su la figure 3 la distance entre les probabilités de recours au médecin généraliste des deux quintiles polaires (les 20% les plus riches et les 20% les plus pauvres) est une mesure naturelle de l'intensité des inégalités. Elle suppose cependant une acception spécifique des inégalités comme nous allons maintenant en discuter.

Inégalités absolues et relatives

Mesurer l'intensité des inégalités par la distance entre les probabilité des deux quintiles extrêmes comme cela est suggéré sur la figure 3 suppose que nous adoptons **une mesure absolue des inégalités**. Selon cette acception les inégalités sont supposées inchangées si la probabilité de recourir aux soins augmente d'un même pourcentage pour le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche. Dans ce cas, en effet, la différence entre les probabilités des quintiles extrêmes demeurerait inchangée.

Si l'on note p_1 la probabilité du premier quintile (le plus pauvre) et p_5 du cinquième quintile (le plus riche) on a : $p_5 - p_1 = (p_5 + a) - (p_1 + a)$ où a est un pourcentage quelconque.

On pourrait pourtant adopter un point de vue différent et considérer que les inégalités sont inchangées quand on multiplie les probabilités de chaque quintile par un même scalaire.

Dans ce cas ce n'est plus la différence, mais le rapport entre les probabilités des quintiles extrêmes qui serait inchangée : $\frac{p_5}{p_1} = \frac{(p_5.a)}{(p_1.a)} p_5/p_1 = (p_5.a)/(p_1.a)$ où a est un nombre positif.

Quand on utilise le rapport des probabilités (ou le rapport des espérances de vie pour prendre l'exemple illustré par la figure 2) comme mesure de l'intensité des inégalités on adopte un **mesure relative des inégalités**. On peut ainsi mesurer l'intensité des inégalités pour les hommes par le rapport des espérances de vie des cadres et des ouvriers (49,9/44), on adopte alors une mesure relative des inégalités, ou par la différence entre ces espérance de vie (49,9 - 44) et on adopte alors une mesure absolue des inégalités (figure 2).

Le choix entre mesure relative et absolue des inégalités repose sur un *a priori* qui ne peut être tranché. Il faut garder à l'esprit que c'est un choix qui peut avoir des conséquences quand on étudie l'évolution des inégalités dans le temps ou quand on compare des pays ou des régions. Les conclusions peuvent en effet s'inverser en fonction de la mesure (relative ou absolue) adoptée. L'usage en économie est plutôt de considérer des mesures relatives des inégalités en particulier quand il s'agit de mesurer des inégalités de revenus. Dans ce cas, en effet, on souhaite que les inégalités soient inchangées quand les revenus varient suite à un changement de numéraire (du franc à l'euro par exemple). Quand il s'agit de mesurer les inégalités sur des dimensions sanitaires ou de recours aux soins le choix d'une mesure relative plutôt qu'absolue des inégalités demeure discutable.

Nous avons considéré dans cette section des mesures de l'intensité des inégalités qui reposent sur une comparaison entre des populations placées aux extrêmes du gradient social. C'est un usage courant mais qui n'est pas sans désavantages. Considérons ainsi que nous comparions le rapport² entre l'espérance de vie à 35 ans entre cadre et ouvriers entre 1960 et aujourd'hui (figure 2). Cette comparaisons simple fait fi de l'évolution de la taille des groupes sociaux correspondants, alors que les ouvriers représentaient 40% de la population occupée en 1960 ils ne représentent que moins de 20% aujourd'hui. Si le rapport garderait son sens même s'il ne restait plus que 1% d'ouvriers on conviendra que l'on peut également souhaiter prendre en considération l'évolution des tailles relatives des catégories sociales étudiées dans le but de prendre en compte le poids des catégories les plus désavantagées. De la même façon que l'on peut souhaiter, quand on cherche à mesurer les inégalités de revenus, tenir compte de la taille des populations le plus pauvres et non seulement de leurs distances aux catégories les plus riches. On pourrait également souhaiter tenir compte de l'évolution de l'espérance de vie des autres

² Les développements seraient identiques si l'on considérait la différence plutôt que le rapport.

catégories sociales pour avoir une appréciation globale des inégalités et de leurs évolutions. Dans ce but les économistes mobilisent des indices d'inégalités qui proposent des mesures globales des inégalités.

Les indices d'inégalités ou indices de concentration

Les économistes utilisent de longue date des indices d'inégalités pour mesurer les inégalités de revenus. Ces indices ont pour but de proposer une mesure de l'intensité de la concentration des revenus parmi les individus les plus riches. La situation d'inégalité maximale étant celle où un individu possède l'ensemble des richesses. Dans le cas de la santé la question est différente puisqu'il s'agit de mesurer l'association entre l'état de santé (ou le recours aux soins) et un gradient social. Il s'agit ainsi de mesurer à quel point la santé, ou le recours aux soins, est concentrée parmi les individus les plus privilégiés au regard du gradient social considéré.

Les ISTS rendent ainsi compte **d'une corrélation** entre la variable de résultat d'intérêt (état de santé ou recours aux soins) et le rang des individus sur une échelle sociale (le revenu, la profession, le niveau de diplôme ...). Une littérature abondante en économie de la santé a discuté des moyens de mesurer cette corrélation pour en évaluer l'intensité (référence).

La mesure la plus couramment utilisée est appelée **indice de concentration** (IC) qui peut être définie ainsi (Kjellsson, 2014):

$$IC = \frac{2}{\mu} Cov(h, r)$$

où h définit l'état de santé (espérance de vie dans l'exemple de la figure 2) ou le recours aux soins (probabilité de recourir au généraliste dans l'exemple de la figure 3), r le rang fractionnaire (le rang relatif) des individus dans le gradient social et μ la valeur moyenne de h . On peut remarquer que l'indice de concentration mesure des inégalités relatives puisque si les valeurs de h sont multipliées par un scalaire a positif alors l'indice de concentration est inchangé :

$$IC_a = \frac{2}{a\mu} Cov(ah, r) = \frac{2}{a\mu} aCov(h, r) = \frac{2}{\mu} Cov(h, r) = IC$$

L'indice de concentration est défini de telle sorte que $IC \in [-1 ; 1]$. Il prend la valeur 1 quand la corrélation est maximale entre la variable d'intérêt h et le gradient social c'est à dire quand les inégalités sociales sont les plus fortes. L'indice peut donc être négatif si la corrélation est inverse c'est-à-dire si la variable d'intérêt est concentrée parmi la population la plus désavantagée au sens du gradient social utilisé. Ceci peut notamment se produire si la variable h ne rend pas compte d'un attribut favorable (le nombre de comorbidités par exemple) ou encore ne peut être interprétée favorablement ou défavorablement de manière univoque ou monotone

(l'indice de masse corporel par exemple). Il est donc particulièrement important d'évaluer *a priori* le sens que l'on peut donner au calcul d'un indice de concentration c'est-à-dire à l'interprétation que l'on peut faire de la concentration de l'attribut h le long du gradient social.

Mesurer la corrélation suppose que l'échelle sociale soit ordonnée de la situation la plus défavorable à la situation la plus favorable. Si l'on considère le revenu comme gradient social, l'ordre va de soit, dans le cas des catégories sociales de la figure 2 (ou de toute variable catégorielle) il est nécessaire de les ordonner *a priori* ce qui suppose d'avoir un *a priori* sur la nature du gradient social.

Dans l'exemple de la figure 3, le gradient social est défini par les quintiles de revenus.

Les rangs fractionnaires de chaque quintile rendent compte du classement moyen relatif des individus de chaque quintile, soit : $r_{q1} = \frac{10}{100}$; $r_{q2} = \frac{30}{100}$; $r_{q3} = \frac{50}{100}$; $r_{q4} = \frac{70}{100}$; $r_{q5} = \frac{90}{100}$ où r_{qi} définit le rang relatif du i ème quintile.

Le premier quintile représente les 20% individus les plus pauvres ce qui donne ainsi un classement moyen relatif de 10 sur 100 pour les individus de ce quintile. Le deuxième quintile représente les 20% individus dont le revenu se situe immédiatement au dessus de ceux des 20% les plus pauvres (leur rang moyen est donc égal à : $10 + 20 = 30$). Le même raisonnement est conduit pour chaque quintile. Dès lors que les probabilités (ou la fréquence) de contact avec un généraliste sont connues pour chaque quintile (information qui n'est pas présente sur la figure 2) il est possible de calculer l'indice de concentration. Ce que l'on comprend alors immédiatement c'est que l'intensité des inégalités de revenus ne sont pas prises en considération dans l'indice de concentration ainsi calculé. Cet indice rend uniquement compte de l'intensité de la corrélation entre la variable d'intérêt, ici la probabilité de recourir à un médecin généraliste, et le gradient social, ici défini par le revenu. Le gradient social n'est en réalité mobilisé que pour classer les individus des moins favorisés jusqu'au plus favorisés.

Dans le cas de l'exemple de la figure 2 la situation est différente de la situation décrite par la figure 1 pour deux raisons :

- La première tient au fait que le gradient n'est plus défini par le revenu mais par des catégories sociales,
- La deuxième c'est qu'on n'en connaît pas le poids relatif de chaque catégorie. Le gradient social, c'est-à-dire l'ordre dans lequel les catégories sociales sont classées, relève d'un *a priori* sur les désavantages sociaux de chaque catégorie.

Adoptons l'ordre usuel de la figure 2 (des ouvriers au cadres) et nommons n_{qi} la taille totale de la population du groupe i avec $i = 1$ définissant les ouvriers.

On obtient alors les rangs fractionnaires de chaque catégorie (les rangs relatifs moyens de chaque catégorie) : $r_{q1} = \frac{n_{q1}/2}{N}$; $r_{q2} = \frac{n_{q1}+n_{q2}/2}{N}$; $r_{q3} = \frac{n_{q1}+n_{q2}+n_{q3}/2}{N}$; $r_{q4} = \frac{n_{q1}+n_{q2}+n_{q3}+n_{q4}/2}{N}$; $r_{q5} = \frac{n_{q1}+n_{q2}+n_{q3}+n_{q4}+n_{q5}/2}{N}$

Il serait alors possible de calculer l'indice de concentration en appliquant la formule (1).

On comprend par ce calcul que les tailles des sous-populations correspondant à chaque catégorie sociale sont importantes. La valeur de l'indice de concentration va ainsi dépendre de la taille de la population ouvrière puisqu'elle fait varier le rang relatif des ouvriers (et des individus des autres catégories) et donc la valeur de la covariance définie par la relation (1). La baisse de la taille de la population des ouvriers fait diminuer les rangs relatifs des autres catégories sociales. Ceci va conduire à une diminution de l'indice puisque ces catégories ont une espérance de vie plus grande alors que leurs rangs moyens le long du gradient social reculent (la corrélation entre le niveau de l'espérance de vie et le rang social se réduit). Par ailleurs, un changement des espérances de vie des catégories intermédiaires (employés, professions intermédiaires, agriculteurs) modifie la valeur de l'indice de concentration alors que les mesures fondées uniquement sur les espérances de vie des ouvriers et des cadres ne sont pas affectées par des changements dans les catégories intermédiaires. C'est en ce sens que les indices de concentration proposent une appréciation globale des ISTS à la différence des mesures fondées sur la comparaison entre catégories extrêmes comme proposée sur la figure 3.

Jusqu'où réduire les inégalités ?

On peut invoquer deux grands types de raisons pour ne pas souhaiter réduire les ISTS. Le premier a trait à ce que les économistes dénomment l'arbitrage égalité-efficacité, le deuxième à la question de la légitimité ou de l'illégitimité des inégalités.

L'arbitrage égalité-efficacité

Les mesures des ISTS que nous avons discutées précédemment ne rendent compte que de la corrélation entre la variable de santé (ou de recours aux soins) d'intérêt mais pas du niveau moyen de cette variable. Quand il s'agit d'apprécier la valeur pour une société, ou un système de santé, d'une politique de santé cette propriété est embarrassante puisqu'il peut être légitime d'espérer que le niveau moyen de la variable d'intérêt soit le plus élevé possible. Ceci est en

tout le cas naturel quand il s'agit de variable caractérisant la santé des individus, c'est souvent beaucoup plus contestable quand il s'agit de recours aux soins.

Quand il est légitime d'espérer que la variable d'intérêt soit la plus élevée possible pour la population l'arbitrage entre le niveau moyen de la variable d'intérêt et sa dispersion dans la population se pose inévitablement. C'est une vieille question en économie quand il s'agit de discuter de juger de la désirabilité sociale de la distribution des revenus ou plus généralement de la distribution du bien-être. Les économistes mobilisent dans ce cas des fonctions de bien-être social qui somment les niveaux de revenus ou de bien-être individuels. Pour rendre compte de l'aversion aux inégalités cette somme est en fait « pondérée », l'effet du revenu individuel sur le bien-être social. Si l'on prend ainsi une fonction de bien-être social de type Kolm-Atkinson (voir Gadjos (2001) pour une justification axiomatique) on obtient :

$$W = \frac{1}{1 - \varepsilon} \sum_{i=1}^N h_i^{1-\varepsilon} \text{ avec } \varepsilon \geq 0$$

Où h_i représente le niveau de la variable d'intérêt (l'espérance de vie par exemple) pour l'individu i en considérant N individus dans la population étudiée. W définit la valeur sociale de la distribution des h_i , plus cette valeur est élevée plus la distribution est socialement désirable.

On remarque que si $\varepsilon = 0$ alors la fonction de bien-être social se présente comme la somme des h_i (on parle de fonction de bien-être social utilitariste). Dans ce cas seul le niveau moyen compte, peu importe la dispersion de la variable. Si l'on redistribue de l'espérance de vie (imaginons que cela soit possible !) d'un individu à l'autre la valeur prise par la fonction de bien-être social est inchangée. A contrario si l'on opte pour $\varepsilon > 0$, pensez à $\varepsilon = 1/2$,³ alors on opte pour une transformation concave des h_i ce qui signifie qu'augmenter l'espérance de vie d'une année d'un individu a d'autant plus de valeur sociale que son espérance de vie est faible. C'est une façon de rendre compte d'une aversion pour l'inégalité : diminuer l'espérance de vie d'un individu qui a une espérance de vie importante pour augmenter d'autant l'espérance de vie d'un individu qui a une espérance de vie faible augmente la valeur de la fonction de bien-être social. Plus ε est élevé plus l'aversion aux inégalités est forte c'est-à-dire plus on est socialement prêt à réduire l'espérance de vie moyenne de la population pour augmenter l'espérance de vie des plus désavantagés (ceux qui ont l'espérance de vie la plus faible). Quand ε est très grand seule l'espérance de vie de l'individu le plus désavantagé compte, on parle de fonction de bien-

³ Notons que pour $\varepsilon = 1$ fonction de bien-être sociale prend la forme : $W = \sum_{i=1}^N \log(h_i)$.

être social rawlsienne⁴ ou encore de fonction « maximin » (on cherche à maximiser le bien-être du plus désavantagé).

Cette discussion autour de la fonction de bien-être social de type Kolm-Atkinson montre à quel point cette question de l'arbitrage entre valeur moyenne et dispersion d'une richesse (revenu ou espérance de vie ou tout autre *distribuendum*) au sein d'une population est au cœur des théories du choix social en économie. Cette question n'est pas aussi systématiquement traitée dans le champ de la santé publique. Des travaux récents cherchent néanmoins à transposer ce cadre normatif de l'économie au champ de la santé. On peut en particulier citer la littérature introduisant les objectifs distributionnels dans la pratique du calcul économique en santé.

Ce sont pourtant des questions qui se posent quant il s'agit de concevoir une politique de santé. Imaginons que nous ayons à disposition un budget donné pour conduire une politique de lutte contre le tabagisme. La recherche en promotion de la santé montre que cette politique pour être efficace sur les populations les plus désavantagées (en considérant le gradient social utilisé pour mesurer les ISTS) demande des interventions ciblées plus coûteuses que pour les populations plus avantagées. Sous ces hypothèses on comprend que réduire les inégalités sociales faces au tabagisme peut réduire l'efficacité moyenne de la politique puisqu'il va être nécessaire d'investir plus pour des populations dont le rendement de l'investissement en termes de réduction du tabagisme est plus faible. Ce dilemme ou cette question de l'arbitrage entre l'efficacité moyenne de la politique et son impact sur les inégalités sociales sont rarement considérés en ces termes en santé publique. La littérature en santé publique mobilise la notion **d'universalisme proportionné** (des politiques de préventions universelles mais proportionnées aux besoins des différentes populations) pour mettre en évidence qu'une politique de prévention universelle n'est pas garante d'égalité sociale (Francis-Oliviero et al, 2020). Il est rarement précisé que des politiques respectant ce principe peuvent être en moyenne moins efficace dès lors que les budgets alloués sont contraints.

Les inégalités légitimes

Dans la notion même d'ISTS il est implicitement considéré que les inégalités sont illégitimes dès lors qu'elles rendent comptes de résultats différents pour les individus le long du gradient social (ou territorial). En d'autres termes, les ISTS sont considérées comme illégitimes parce qu'elles sont le résultat de mécanismes sociaux (de déterminismes sociaux) échappant aux choix des individus.

⁴ En référence au « principe de différence » de John Rawls qui spécifie que les inégalités sont acceptables si et seulement si elles profitent au plus désavantagé (Rawls, 2009).

Dès lors que le recours aux soins ou la santé des individus sont le résultat de choix éclairés des individus certains auteurs considèrent que les différences observées ne sont plus des inégalités de santé ou de recours aux soins (c'est-à-dire des différences illégitimes). On retrouve ce type d'argument aussi bien dans la littérature en épidémiologie sociale (Whitehead, 1992) que dans une littérature ancrée dans les théories libérales de la justice distinguant ce qui relève de l'inégalité des chances et ce qui relève de la poursuite de ce que les individus considèrent comme la vie bonne (Daniels, 2009).

Concrètement, établir la ligne de partage entre ce qui relève du libre arbitre individuel et du déterminisme social est bien entendu très délicat. Si l'on prend pour exemple les attitudes faces aux vaccins, qui sont corrélées à la plupart des gradients sociaux (Bajos et al, 2022S), la question de mettre en place ou non des interventions qui réduisent les inégalités sociales de recours au vaccins va dépendre, si l'on se réfère à cette ligne de partage, à notre appréciation des attitudes faces aux vaccins.

Ces attitudes peuvent refléter des préférences individuelles (des attitudes faces au en particulier) et non nécessairement un déficit d'information ou de capacités à traiter l'information. Dans ce cas, il pourrait être considéré que le gradient social observé ne reflète pas des ISTS aux sens d'inégalités illégitimes.

D'un autre point de vue, il est également possible de considérer que le gradient social observé rend nécessairement compte de mécanismes sociaux échappant aux individus et conduisant à forger des comportements défavorables à la santé pour les plus désavantagés. En conséquence, il peut être jugé légitime de réduire le gradient social au risque de mettre en place une forme de paternalisme cherchant à modifier des préférences individuelles jugées inappropriées pour la santé.⁵

Les approches des théories libérales de la justice, qu'embrassent naturellement les économistes, tendent à mettre en avant la souveraineté des individus et le caractère inaliénable des préférences individuelles. Néanmoins, de nombreux travaux en économie de la santé, mobilisant notamment les approches de l'économie comportementale qui amendent le modèle originel du choix rationnel des économistes, proposent d'étudier des interventions ou des expérimentations qui consistent à influencer les individus (on parle de « nudge ») pour leur faire adopter des comportements favorables à la santé (Wisdom et al, 2010). Ils rejoignent là, quoique sur des *a priori* théoriques très différents, les travaux en promotion de la santé qui s'efforcent par

⁵ Par souci de simplification on ne tient pas compte ici des arguments mettant en jeu l'efficacité populationnelle de la vaccination (être vacciné impacte sa santé mais également celles des autres).

nature d'infléchir les comportements individuels pour les rendre plus favorable à la santé (Cambon, 2022).

Les inégalités naturelles

Enfin, il est aussi discuté dans la littérature de la question des **inégalités naturelles** et de la nécessité des les réduire (Weil-Dubuc, 2023). On parle d'inégalités naturelles de santé quand elles sont le résultats de l'hétérogénéité des risques individuels liée aux facteurs génétiques ou encore aux purs aléas de la vie. Par définition, les approches en termes d'ISTS écartent les inégalités de santé dès lors qu'elles ne sont pas en lien avec un gradient social, elle écarte donc de fait les inégalités naturelles du champ des inégalités illégitimes.

Pourtant, cette question se pose dès lors que l'on réfléchit à la pertinence des politiques de santé introduisant explicitement ou implicitement des priorités dans la prise en charge des patients ou plus largement des usagers du système de soins. Un système de soins alloue en effet les ressources aux patients et usagers en fonction de priorités affichées ou des priorités de fait. Ceci a un impact sur les durées de vie des patients et sur la distribution de ces durées de vie. Egaliser les durées de vie reviendrait ainsi à concentrer les moyens du système de santé sur les personnes ayant les durées de vie les plus courtes (les patients les plus jeunes) indifféremment des effets sur la durée de vie moyenne. Cette question est différente de celle de ISTS puisqu'elle interroge la question de la réduction des inégalités naturelles et non celles liées à un gradient social elle se confronte néanmoins de la même façon à la question de l'arbitrage entre égalité et efficacité. Pogge (2004) discute plus largement du risque de « puits sans fond » de la lutte contre les inégalités naturelles. Elles sont tellement nombreuses que les politiques publiques ne peuvent jamais épuiser la réalité de leurs conséquences.

Une autre façon de considérer cette question des inégalités naturelles est de se poser la question de la position dans laquelle on apprécie les inégalités de durées de vie : de manière *ex-ante* (en voile d'ignorance⁶) c'est-à-dire avant réalisation du risque ou *ex-post* quand on peut observer les personnes dont la durée de vie est fortement réduite. En *ex-ante*, l'égalisation des durées de vie renvoie à la question de l'aversion au risque (l'arbitrage individuel entre une durée moyenne de vie longue et risquée et une durée de vie moyenne plus courte et certaine ou moins risquée) alors que dans une approche *ex-post* il s'agit de la question de l'arbitrage entre efficacité et équité de la distribution effective des durées de vie, question délicate qui a donné lieu à de nombreux débats philosophiques (Thebaut et al, 2021). Ces questions sont concrètement

⁶ Pour mobiliser une métaphore classique notamment utilisée par John Rawls (2009).

débatte voire formalisées dans certains systèmes de santé qui évaluent les bénéfices des innovations de santé en considérant explicitement leurs effets sur les durées de vie. Nous en discutons dans le chapitre suivant (Hausman, 2024).

Les autres dimensions du bien-être

Enfin, les économistes auront tendance à considérer que les inégalités que l'on doit réduire sont les inégalités de bien-être et donc à prendre en considération les effets des politiques de santé non seulement sur les inégalités de santé ou de recours aux soins mais également sur les autres dimensions du bien-être et en particulier sur le revenu.

Pour illustrer cette question on peut revenir sur la réforme du 100% santé en France, introduite en 2019, qui offre une couverture à 100% des paniers de soins dans l'optique, le dentaire et les audioprothèses pour les patients couverts par une complémentaire santé. Cette politique s'impose aux assureurs complémentaires santé qui sont contraints de couvrir environ 50% du coût de ces paniers de soins (le reste étant couvert par l'assurance maladie obligatoire). Indiscutablement cette politique favorise l'accès à des paniers de soins difficilement accessibles aux ménages les plus modestes avant cette réforme. Cette politique tend ainsi à réduire les inégalités sociales de recours aux soins dentaires, d'optiques et d'audioprothèses. La question posée par un économiste est celle des répercussions inflationnistes de la réforme sur les primes payées par les assurés. En d'autres termes, la réforme a un effet négatif sur les revenus disponibles des ménages et un effet relativement plus fort (en proportion du revenu) pour les ménages les plus modestes (les primes des complémentaires sont en effet le plus souvent indépendantes du revenu et seulement fonction du risque). En conséquence, l'effet final sur les inégalités de bien-être reste incertain puisqu'un meilleur accès aux soins dentaires, d'optiques et d'audioprothèses pour les plus modestes s'accompagne d'une baisse de leurs revenus disponibles (après paiement de la prime d'assurance complémentaire) et d'une baisse plus sensible (en termes relatifs) que pour les ménages les plus aisés. Ainsi, pour un économiste, il serait en toute rigueur nécessaire d'évaluer globalement, sur toutes les dimensions et celle du revenu en particulier, l'effet de la réforme du 100% santé sur les inégalités (Pierre et al, 2018).

Références

- Bajos M., Costemalle V., Leblanc S., Spire A., Franc J-E., Jusot F., Sireyjol A., Warszawski J. (2022). Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales. Études et résultats, 1222.
- Blanpain N. (2016). Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers, Insee Première, n°1584, février 2016.
- Blanpain N. (2018). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, n°1687, février 2018.
- Bonnet F., Camarda C.G., Cambois E. et al. (2023), Les ouvriers vivent moins longtemps que les cadres : combien de temps passent-ils à la retraite et en (in)activité ?, Population et Sociétés 611 : 1-4.
- Cambon L. (2016). Le nudge en prévention... troisième voie ou sortie de route ? Santé Publique, 28(1), 43-48.
- Daniels, N. (2009). L'extension de la justice comme équité à la santé et aux soins de santé. Raisons politiques, 34(2), 9-29.
- Daniels N. (2013), Rationing Fairly: Programmatic Considerations », Bioethics, vol. 7, no 2/3, 1993, p. 224-233.
- Fleurbaey M. (2007), Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Volume 55, Issue 1, 2007, Pages 39-46.
- Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 2020 Oct 15;44:e110.
- Gajdos T. (2001). Les fondements axiomatiques de la mesure normative des inégalités. Revue d'économie politique, 2001, 5, pp.683-720.
- Hausman D.M. (2024), Problems with NICE's severity weights, Social Science & Medicine, Volume 348, 2024.
- Kjellsson, G., Gerdtham, U. (2014). Measuring health inequalities using the concentration index approach. In A. J. Culyer (Ed.), *Encyclopedia of Health Economics* (1 ed., pp. 240-246). Elsevier.
- OECD (2019), *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy, Studies, OECD Publishing, Paris.

O'Donnell O. (2024). Health and health system effects on poverty: A narrative review of global evidence. *Health Policy*. 2024 Apr;142:105018.

Pierre A, Jusot F, Raynaud D, Franc C (2018). Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Une évaluation ex ante des gains et des pertes de bien-être, *Revue économique*, Presses de Sciences-Po, vol. 69(3), pages 407-441.

Pogge, T. (2004). Relational Conceptions of Justice : Responsibilities for Health Outcomes, in S. Anand, F. Peter, A. Sen, *Public Health, Ethics and Equity*, Oxford, Oxford University Press, 2004, pp. 135-161.

Rawls J. (2009), Unité sociale et biens premiers, *Raisons politiques*, 2009/1 (n° 33), Publication originale : John Rawls, *Social Unity and Primary Goods*, in Amartya Sen et Bernard Williams (dir.), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982, p. 159-185.

Thébaud C., Weil-Dubuc P-L., Wittwer J. (2021). Justifications philosophiques du critère de fair innings et controverses, *Les Ateliers de l'Éthique /The Ethics Forum*, 2021.

Van Doorslaer E.V, Van Ourti T. (2011). Measuring inequality and Inequity in Health and Health Care, in Sherry Glied, and Peter C. Smith (eds), *The Oxford Handbook of Health Economics*.

van Doorslaer E., Wagstaff A., van der Burg H., Christiansen T., De Graeve D., Duchesne I., Gerdtham U-G., Gerfin M., Geurts J., Gross L., Häkkinen U., John J., Klavus J., Leu L-R., Nolan B., O'Donnell O., Propper C., Puffer F., Schellhorn M., Sundberg G., Winkelhake O. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US, *Journal of Health Economics*, Volume 19, Issue 5, 2000, Pages 553-583.

Weil-Dubuc P-L. (2023). *L'injustice des inégalités sociales de santé*, Hyg e Editions, Presses de l'EHESP.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

Wisdom J, Downs JS, Loewenstein G (2010). Promoting healthy choices: information vs. convenience. *American Economic Journal: Applied Economics* 2010;2:164-178.

Comment citer ce cours ?

Économie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

Figures

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance selon le niveau de vie (Blanpain 2018)	4
Figure 2 : Espérance de vie à 35 ans selon la catégorie socioprofessionnelle (Bonnet et al, 2023) 6	
Figure 3 : Recours au généraliste selon le revenu dans les pays de l'OCDE (OECD, 2019)	8