

Axe transversal Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

Pr Florence Jusot (Université Paris-Dauphine), Pr Jérôme Wittwer (Université de Bordeaux),
Clémence Thébaut (Université de Limoges et Université Paris-Dauphine), Gabriela Huamani
(Université Paris I et Paris-Dauphine), Béka Lomidze (Université de Bordeaux)

Evaluation PRS ARS IdF

Chaire santé de Sciences Po Paris

05/12/2023

Préambule

- Objectif initial : évaluer l'action de l'ARS IdF en matière de réduction des ISTS
 - Cette évaluation n'était pas directement réalisable :
 - Il n'existe pas de base comparative :
 - s'il est possible de décrire les ISTS en IdF et de les comparer avec celles d'autres régions, il n'est pas possible de mesurer, à partir de ces observations, l'efficacité des actions de l'ARS IdF ; celles-ci sont certes liées à la répartition de l'offre de santé que pilote l'ARS, mais également à un ensemble de déterminants socioéconomiques se situant en dehors du champ de compétences de l'ARS.
 - Aucun indicateur sur les ISTS n'avait été défini dans le cadre du PRS 2 pour collecter les données nécessaires à une telle évaluation :
 - ce manque de données aurait pu être compensé par l'exploitation de base de données médico-administratives.
 - ce travail implique d'avoir au préalable défini le cadre normatif dans lequel on se situe, i.e. le modèle de justice qui est visé collectivement : toutes les variabilités ne sont pas en soi des inégalités et toutes les inégalités ne sont pas injustes.
- **Construire des indicateurs en vue de l'évaluation du prochain PRS.**
- **Permettre une démarche systématique d'évaluation des actions de l'ARS au prisme des ISTS.**

Démarche

- Trois approches envisageables pour définir les indicateurs pertinents :
 1. Définir des indicateurs à partir des modèles de justice actuellement envisagés en matière d'allocation des ressources en santé ;
 2. Définir des indicateurs à partir des opinions de la population sur les principes de justice devant être poursuivis ;
 3. Etudier les indicateurs utilisés dans d'autres pays pour évaluer l'action des autorités en charge de la régulation de l'offre de santé.
- Ces trois pistes ont été explorées pour identifier des propositions concrètes et opérationnelles en vue de l'évaluation du prochain PRS.

Définir des indicateurs pertinents à partir des modèles de justice

- Une 1^e phase de travail consistait à recenser les modèles de justice sociale actuellement envisagés dans la littérature et les classer au moyen d'une typologie articulée autour de trois axes (Sen, 1987 ; Van Parjis, 1991 ; Fleurbaey, 1996).
- Des indicateurs adaptés à chaque modèle et adaptés au contexte d'évaluation des actions menées par l'ARS IdF ont été identifiés et classés dans un tableau synthétique.
- Des propositions sont mises en avant pour retenir des indicateurs à la fois les plus consensuels au regard de la littérature actuelle et les plus faciles à mesurer compte-tenu des bases de données actuelles.

Définir des indicateurs pertinents à partir des modèles de justice

Indicateurs cohérents avec le modèle de justice rawlsien

1. **S'il est considéré que la santé est un bien premier (1e interprétation) :**
 - égalisation des niveaux d'espérances de vie, de QALY, taux de mortalité infantile, taux de naissance prématurée, taux de mortalité prématurée.
2. **Si l'objectif est la réduction des inégalités sociales de santé (2e interprétation) :**
 - maximisation de l'espérance de QALY, de DALY, de l'espérance de vie ou autres mesures d'états de santé au sein des populations les plus démunies, définies selon la variable de rang (revenus, CSP, indice de déprivation, Complémentaire santé solidaire (CSS), minima sociaux, etc.).
3. **Si l'objectif est l'accès équitable à l'offre de soins (3e interprétation) :**
 - absence de : pratiques de discriminations, freins linguistiques dans l'accès aux soins, accès à des espaces numériques,
 - égalisation des dotations des territoires en :
 - densité de médecins généralistes et spécialistes en secteur 1,
 - densité d'établissements sanitaires et médico-sociaux,
 - distance entre le lieu d'habitation et à des structures d'urgence (en km, en temps d'accès),
 - accès en termes d'horaires à des soins primaires et secondaires,
 - accès à des programmes de dépistage (km et horaires),
 - accès aux complémentaires santé (et non taux de souscription car celui-ci dépend des préférences),
 - accès à des conditions de vie favorables à la santé (ex. pollution, amiante, infrastructures sportives, sécurité),
 - déterminants sociaux de la santé (éducation/itératie),
 - temps d'attente,
 - indicateurs de recours à des soins de prévention et de dépistage,
 - respect du parcours de soins,
 - égalisation du taux de renoncement aux soins.

Série d'indicateurs pouvant être facilement utilisés pour évaluer le prochain PRS

Indicateurs	Modèles de justice cohérents avec l'indicateur considéré	Disponibilité de l'indicateur dans les bases de données	Méthodes de mesure hors bases de données
Espérance de vie	Utilitarisme, Théorie rawlsienne, Approche par les capacités	Oui (données INSEE) ¹	
Taux de mortalité	Utilitarisme	Oui (données INSEE) ²	
Taux de mortalité infantile	Théorie rawlsienne	Oui (données INSEE) ³	
Taux de naissance prématurée	Théorie rawlsienne	Oui (à confirmer)	
Taux de mortalité prématurée	Théorie rawlsienne	Oui (données INSEE) ⁴	
Autres mesures d'états de santé	Théorie rawlsienne	Oui (diverses bases de données)	
Densité de médecins généralistes et spécialistes en secteur 1	Théorie rawlsienne	Oui	
Densité d'établissements sanitaires et médico-sociaux	Théorie rawlsienne	Oui	
Distance entre le lieu d'habitation et à des structures d'urgence (en km, en temps d'accès)	Théorie rawlsienne	Oui	
Accès en termes d'horaires à des soins primaires et secondaires	Théorie rawlsienne	Non	Enquête empirique ou données ARS
Accès à des programmes de dépistage (km et horaires)	Théorie rawlsienne	Analyse statistique à partir de données disponibles	
Déterminants sociaux de la santé (éducation/itératie)	Théorie rawlsienne	Analyse statistique à partir de données disponibles	
Temps d'attente	Théorie rawlsienne	Partiellement	
Indicateurs de recours à des soins de prévention et de dépistage	Théorie rawlsienne	Oui	

Série d'indicateurs pouvant être facilement utilisés pour évaluer le prochain PRS

Taux de renoncement aux soins	Théorie rawlsienne	Analyse statistique à partir de données disponibles	
Accès à des fonctionnements jugés essentiels relatifs à la santé dans chaque contexte local	Approche par les capacités	Partiellement	Focus group + enquête empirique
Accès à des aides à la vie scolaire pour les personnes en situation de handicap	Approche par les capacités, Luck egalitarianism	Données Education nationale (à confirmer)	
Nombre d'établissements d'accueil des personnes en situation de handicap	Approche par les capacités, Luck egalitarianism	Données Education nationale (à confirmer)	
Taux scolarisation des enfants en situation de handicap	Approche par les capacités, Luck egalitarianism	Données Education nationale (à confirmer)	
Inégalités de santé chez les enfants (ex. obésité, troubles du comportement, soins bucco-dentaires, vaccination)	Luck egalitarianism	Oui	
Déterminants de santé chez les enfants (ex. logement, activités sportives, loisirs, alimentation)	Luck egalitarianism	Partiellement	Enquête empirique
Freins d'accès aux soins liés à des barrières linguistiques	Luck egalitarianism	Non	Enquête empirique
Inégalités sociales de recours aux programmes et de prévention et promotion de la santé.	Luck egalitarianism	Analyse statistique à partir de données disponibles	
Qualité de la prise en charge des maladies rares	Luck egalitarianism	Oui	
Fréquence des dépistages de maladies liés à des facteurs de risques génétiques	Luck egalitarianism	Oui	
Prévention et compensation des maladies professionnelles ;	Luck egalitarianism	Oui	
Taux de non accès à une assurance santé (PUMA, AME, CSS ou couverture complémentaire, prévoyance)	Luck egalitarianism	Analyse statistique à partir de données disponibles	

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités

- Une littérature croissante sur les préférences sociales en matière de répartition des ressources en santé (Alesina et al, 2012; Costa-Font and Cowell, 2015 ; Cookson and al, 2018 ; Cappelen, Falch & Tungodden, 2020). Cette littérature peut être utilisée par les institutions :
 - Pour orienter les politiques publiques ;
 - Pour évaluer leurs actions au moyen d'indicateurs jugés pertinents par la population.
- Une enquête par questionnaires, administrée par internet à 5 000 individus, représentatifs de la population française (âgée de 18 à 80 ans), fin 2022.
- Cette enquête s'inspire d'enquêtes menées dans d'autres pays européens :
 - Enquête réalisée par Cleemput et al. (2014) en Belgique ;
 - Enquête EEP RU (2013) et Cookson 2016 en Grande-Bretagne ;
 - Enquête réalisée par Le Clainche & Wittwer en France (2014).
- Les scénarios proposés sont adaptés au contexte du système de santé français caractérisé par :
 - Des dispositifs de copaiement (restes-à-charge) ;
 - Une circulation libre du patient dans le système de santé qui se répercute sur le coût de la prise en charge (choix des professionnels et structures).

Objectif

- Etudier la perception des individus en population générale des ISTS et les préférences en matière de réduction de ces inégalités :
 - Les inégalités de financement des soins : répartition entre AM et RAC (très peu étudiées dans la littérature sur les théories de justice sociales appliquées à la santé)
 - Les inégalités d'accès aux soins
 - Les inégalités d'état de santé
- Trois types de questions
 - Des questionnaires expérimentaux : les répondants sont invités à choisir des scénarios de répartition d'un budget fictif entre des individus, présentant différentes caractéristiques (revenu, état de santé, coût de prise en charge, niveau d'autonomie).
 - Des préférences déclarées : il s'agit de demander aux répondant de choisir entre plusieurs distributions possibles des états de santé dans une population.
 - Les perceptions (évaluation subjective directe des ISTS) : les répondants sont interrogées, grâce à une échelle analogique, sur le degré d'injustice qu'elles attribuent à différents types de situations d'ISTS
- Un volet sanitaire et un volet médico-social.

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités en matière de financement des soins

In this scenario, the 4 individuals have the same income, they all suffer from a chronic disease and they have different preferences about how their care has to be managed (cost of treatment differs according to their preferences)

Choose the distribution of the public health insurance that seem the most fair to you

In this scenario and whatever the options
None of the individuals will renounce treatment

	Mauro	Louise	Philippe	Paola
Monthly income	1200	1200	1200	1200
Preference	Private clinic	Private clinic	Public hospital	Public hospital
Cost of treatment	400	400	200	200

Amount reimbursed by public insurance	Out-of-pocket expenses (Paid by the individual)
---------------------------------------	--

Figure 1: Scenario 2 - BLOC 8 - elicit cost inequality caused by a preference to be cared at private hospital

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités en matière de financement des soins

In this scenario the 4 individuals have the same income and different levels of incapacity(therefore different costs for care)

Choose the distribution of the public health insurance that seem the most fair to you

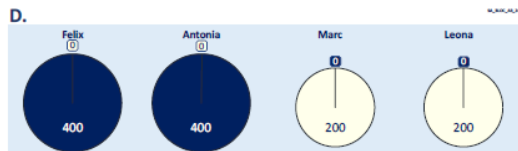
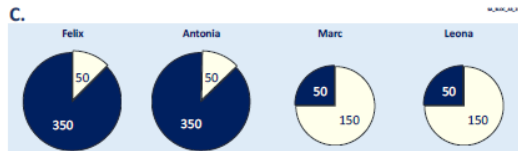
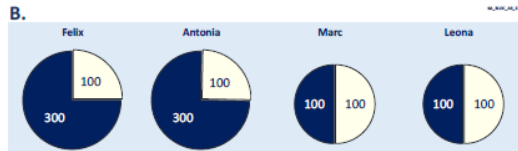
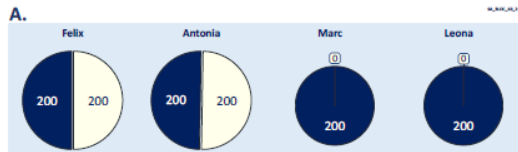
In this scenario and whatever the options
None of the individuals will renounce treatment

	Martin	Emma	Lucas	Gabriela
Monthly income	1200	1200	1200	1200
Level of incapacity	Severe	Severe	Moderate	Moderate
Cost of help and care	400	400	200	200

Amount reimbursed by public insurance	Out-of-pocket expenses (Paid by the individual)
---------------------------------------	--

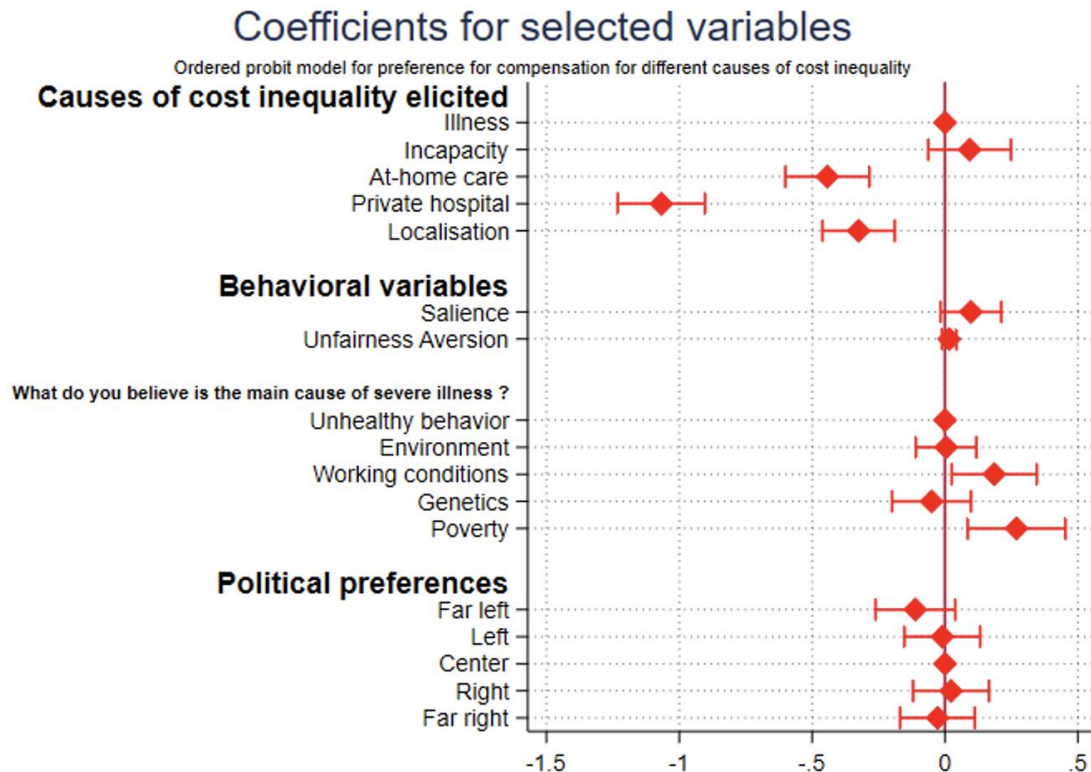
Figure 2: Scenario 2 - BLOC 2 - elicit cost inequality caused by severity of incapacity

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités en matière de financement des soins

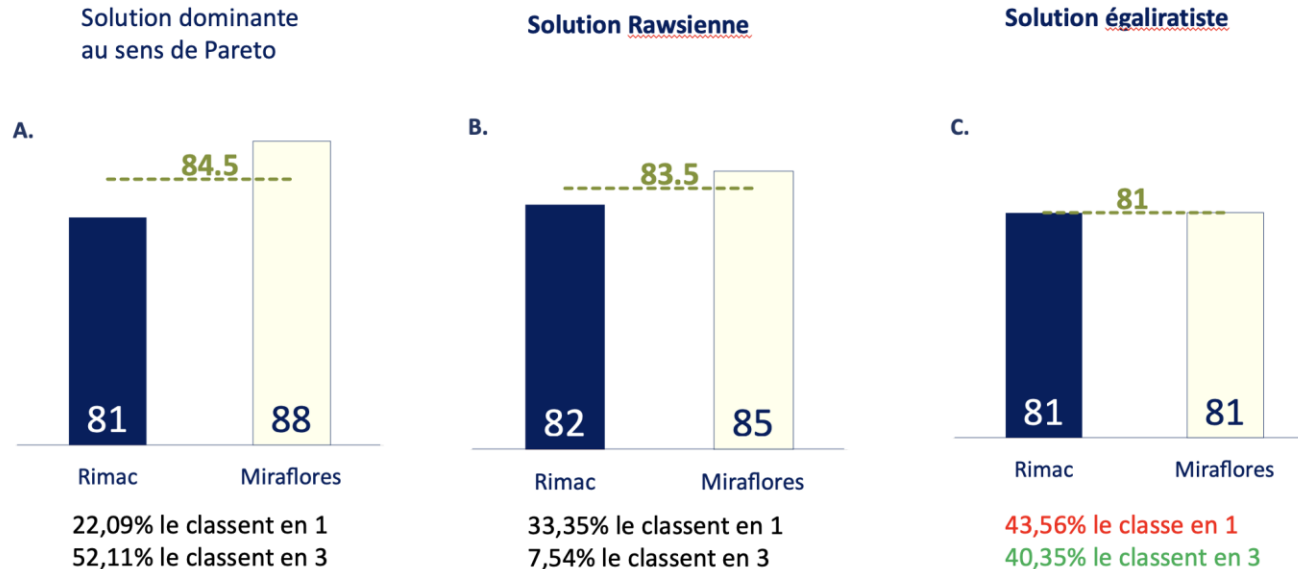


- A. Egalitarisme strict : égalité de la contribution publique pour tous
- B. Égalité des restes à charge (RAC)
- C. Équité verticale dans le financement : RAC croissants avec le revenu
- D. Équité horizontale dans le financement : RAC indépendants de l'état de santé
- + E. RAC inférieurs pour les plus mauvais état de santé (compensation)
- F. Aversion stricte à l'inégalité : RAC nuls pour les plus pauvres

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités en matière de financement des soins



Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités d'état de santé



La solution égalitariste est préférée à la solution Rawlsienne qui est classée 2d par la grande majorité. Les égalitaristes sont des femmes, âgées de moins de 70 ans, en état de santé autre que très bon, bac + 3 et 4, centristes. Ceux qui rejettent l'égalitarisme sont âgés de plus de 60 ans, avec un état de santé très bon, bac + 3 et 4 et non extrémistes

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités d'état de santé

Considérons une société qui a plusieurs options pour organiser la prise en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie (en difficulté pour réaliser seules les actes de la vie quotidienne) qui conduisent à trois scénarios.

- **Un scénario A** consiste à utiliser l'ensemble des ressources pour permettre aux individus de **mener leur vie le plus possible comme ils l'entendent** (recevoir sans contraintes ses proches, manger et boire quand ils en ont envie, organiser sa journée selon ses envies, etc.) à leur domicile. Cette organisation implique cependant une espérance de vie plus réduite.
- **Un scénario B** consiste à utiliser l'ensemble des ressources pour organiser précocement une prise en charge médicalisée en établissement des personnes âgées en perte d'autonomie afin de leur permettre d'**avoir la plus longue espérance de vie possible. Ils sont néanmoins nettement plus contraint dans leur quotidien** (ils sont limités dans leur possibilité de recevoir leurs proches, ils ne peuvent sortir de chez eux que sous certaines contraintes, l'horaire des repas est fixe, ils ne peuvent pas organiser leur journée selon leurs envies, etc.).
- **Un scénario C** propose une organisation intermédiaire. La prise en charge médicalisée en établissement est plus tardive ce qui leur permet de **conserver plus longtemps une liberté d'organiser leur quotidien, mais leur espérance de vie est plus réduite que dans le scénario B.**

Le montant des ressources publiques et privées mobilisées pour les soins et l'aide à réalisation des actes de la vie quotidienne est identique dans les trois scénarios.

Veillez classer les scénarios (schématisés ci-dessous) par ordre de préférence où 1 est le scénario le plus préféré et 3 le moins préféré.

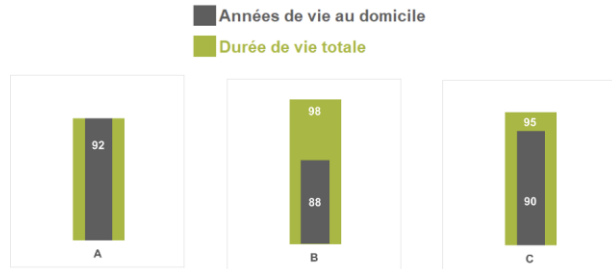
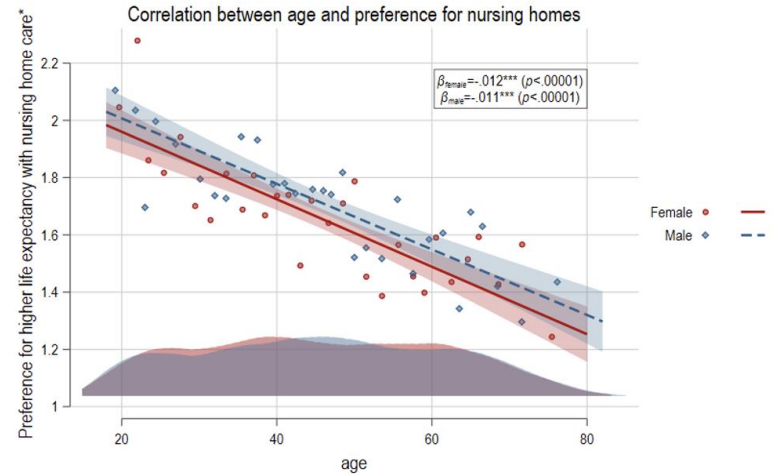


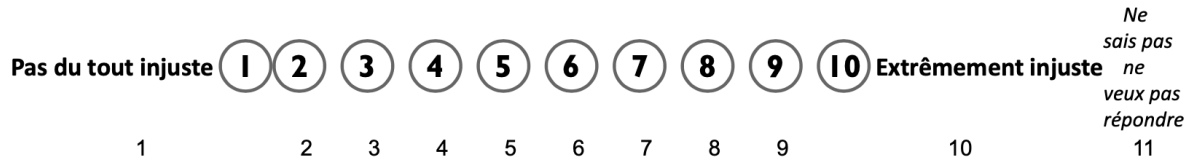
Figure 13: Correlation between age and preference for nursing home



*The higher the Y value the bigger the preference for nursing home care in exchange for higher life expectancy

Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins

- La situation type « Les vingt pour cent des Français les plus riches ont plus souvent ... que les vingt pour cent les plus pauvres » est présentée pour les huit situations suivantes :
 1. d'avoir une alimentation saine et d'avoir un niveau d'exercice sain
 2. de recourir au généraliste
 3. de faire des tests de dépistage de routine (type dépistage du cancer du côlon)
 4. d'avoir accès à un spécialiste lorsqu'ils sont malades
 5. attendent moins longtemps pour se faire opérer
 6. de mourir après une chirurgie à haut risque
 7. d'être opéré en urgence alors que cela aurait pu être évité par des soins de qualité
 8. de décéder alors que cela aurait pu être évité par des soins de qualité
- Il est alors demandé aux personnes enquêtées, pour chaque situation, d'évaluer sur l'échelle analogique ci-dessous le niveau d'injustice qu'elles attribuent à chaque situation d'association entre richesse et recours (qualité) aux (des) soins.



Les préférences de la population en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins

- Plus de 60% des répondants juge l'ensemble des ISTS très injustes (7 et plus).

Tableau 2 : Perceptions des ISTS

	Peu ou pas injuste (1-3)	Modérément injuste (4-6)	Très injuste (7-9)	Extrêmement injuste (10)
Alimentation et exercice sain	7.22%	23.43%	43.52	24.54
Généralistes	7.39%	21.57%	40.40%	29.16%
Dépistage	7.31%	22.51%	39.31%	29.24%
Spécialistes si malades	6.41%	16.93%	44.46%	31.08%
Attente pour se faire opérer	4.46%	13.56%	33.58%	46.91%
Mourir après chirurgie	4.88%	18.82%	31.78%	41.51%
Hospitalisation évitable par des soins de qualité	4.09%	16.86%	40.75%	36.55%
Décès évitable par des soins de qualité	4.12%	14.09%	37.90%	42.32%

Conclusions

- Les différentes approches explorées dans le cadre de cet axe transversal ont permis d'aboutir à des résultats pouvant servir à l'élaboration de sets d'indicateurs sur les ISTS pour la construction de tableaux de bord et l'évaluation du prochain PRS :
 - Des indicateurs communs aux différents modèles de justice et mesurables au moyen des bases de données de santé ;
 - Une forte aversion aux inégalités confirmée par l'enquête en population générale :
 - En matière d'accès aux soins et de résultats de santé
 - En matière de financement des soins (des restes-à-charge).
 - Une préférence très marquée pour la préservation de l'autonomie de mode de vie grâce au maintien à domicile ;
 - Des effets limités des caractéristiques individuelles sur les préférences exprimées, et aucun effet du lieu d'habitation.

Merci pour votre attention et vos questions.

Définir des indicateurs pertinents à partir des modèles de justice

Indicateurs cohérents avec le modèle de justice utilitariste

1. L'indicateur le plus cohérent avec le cadre utilitariste est l'utilité mesurée de façon cardinale ou ordinale : niveau d'utilité, disposition à payer pour être en parfaite santé etc.
2. Si l'on accepte d'interpréter ce cadre théorique de façon souple, il est possible de retenir la moyenne d'espérance de QALY ou le DALY au sein d'un territoire.
3. Il est enfin possible de considérer que la santé est un proxy de bien-être et retenir des indicateurs tels que la moyenne d'espérance de vie, taux de mortalité et les mesures de qualité de vie pourraient être proposés.

Définir des indicateurs pertinents à partir des modèles de justice

Indicateurs cohérents avec le modèle de justice d'A. Sen

1. Réunir des représentants des populations concernées dans le cadre de *focus group*, pour identifier les fonctionnements jugés fondamentaux dans chaque contexte local donné
 - Ex., la capacité à accéder à des soins de façon anonyme, amplitude horaire, accès à des soins à domicile ou en téléconsultation etc.
2. Pondérer les années de vie par des indices de qualité de vie basés sur l'approche par les capacités (ex. ICECAP). Les mesures DALY pourraient également être envisagées.
3. Interpréter de façon restrictive l'approche par les capacités et se limiter à évaluer la répartition de dispositifs de compensation de handicap
 - Ex. aide à la vie scolaire, nombre d'établissements d'accueil des personnes en situation de handicap, taux scolarisation des enfants en situation de handicap, etc.).

Définir des indicateurs pertinents à partir des modèles de justice

Indicateurs cohérents avec le modèle de justice *Luck egalitarian*

1. Évaluer la répartition de l'offre de soins dans la perspective d'un objectif de réduction des inégalités de santé dans l'enfance :
 - réduction des inégalités de santé dans l'enfance (ex. obésité, troubles du comportement, soins bucco-dentaires, vaccination, logement, activités sportives, loisirs, alimentation) ;
 - réduction des inégalités d'accès aux soins liés à des barrières linguistiques ;
 - réduction des inégalités sociales de recours aux programmes et de prévention et promotion de la santé.
2. Évaluer la répartition de l'offre de soins dans la perspective d'un objectif de compensation des handicaps :
 - qualité de la prise en charge des maladies rares ;
 - fréquence des dépistages de maladies liées à des facteurs de risques génétiques ;
 - réduction des inégalités d'accès à des ressources matérielles et humaines de compensation du handicap : ex. aide à la vie scolaire, nombre d'établissements d'accueil des personnes en situation de handicap, taux de scolarisation des enfants en situation de handicap.
3. Évaluer la répartition de l'offre de soins dans la perspective d'un objectif de compensation des problèmes de santé liés au hasard :
 - prévention et compensation des maladies professionnelles ;
 - réduction des taux de non accès à une assurance santé (PUMA, AME, CSS ou couverture complémentaire, prévoyance).

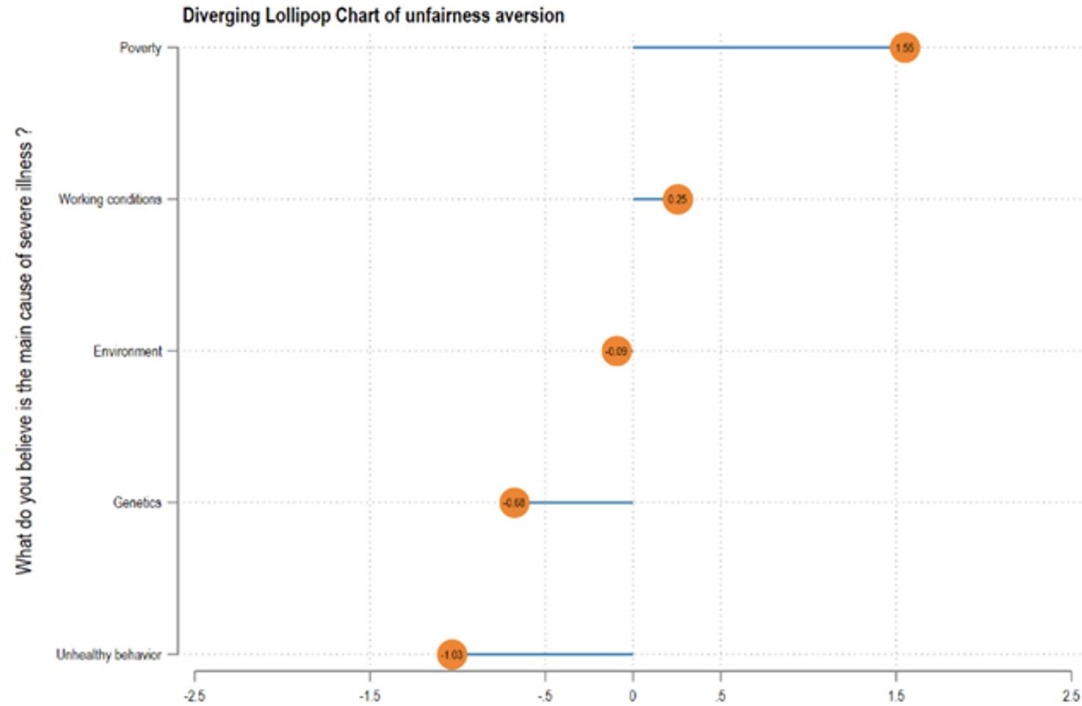


Figure 6: Average difference in unfairness aversion by perception of the cause of severe illness

	Non Ile-de-France	Ile-de-France
Effectif	4070	938
Homme / Femme	47.06% / 52.77%	51.65% / 48.13%
18-29 ans	19.43%	28.33%
30-44 ans	27.52%	30.16%
45-59 ans	28.71%	24.72%
60-69 ans	17.94%	11.79%
70 ans et plus	6.41%	5.01%
Célibataire/divorcé/veuf	37.16%	41.86%
En couple	62.84%	58.14%
Etat de santé très bon	11.01%	14.88%
Etat de santé bon	55.31%	55.34%
Etat de santé moyen	26.30%	24.79%
Et. de sant mauvais très mauvais	7.11%	4.44%
Et. de sant non déclaré	0.26%	0.55%

4-Results

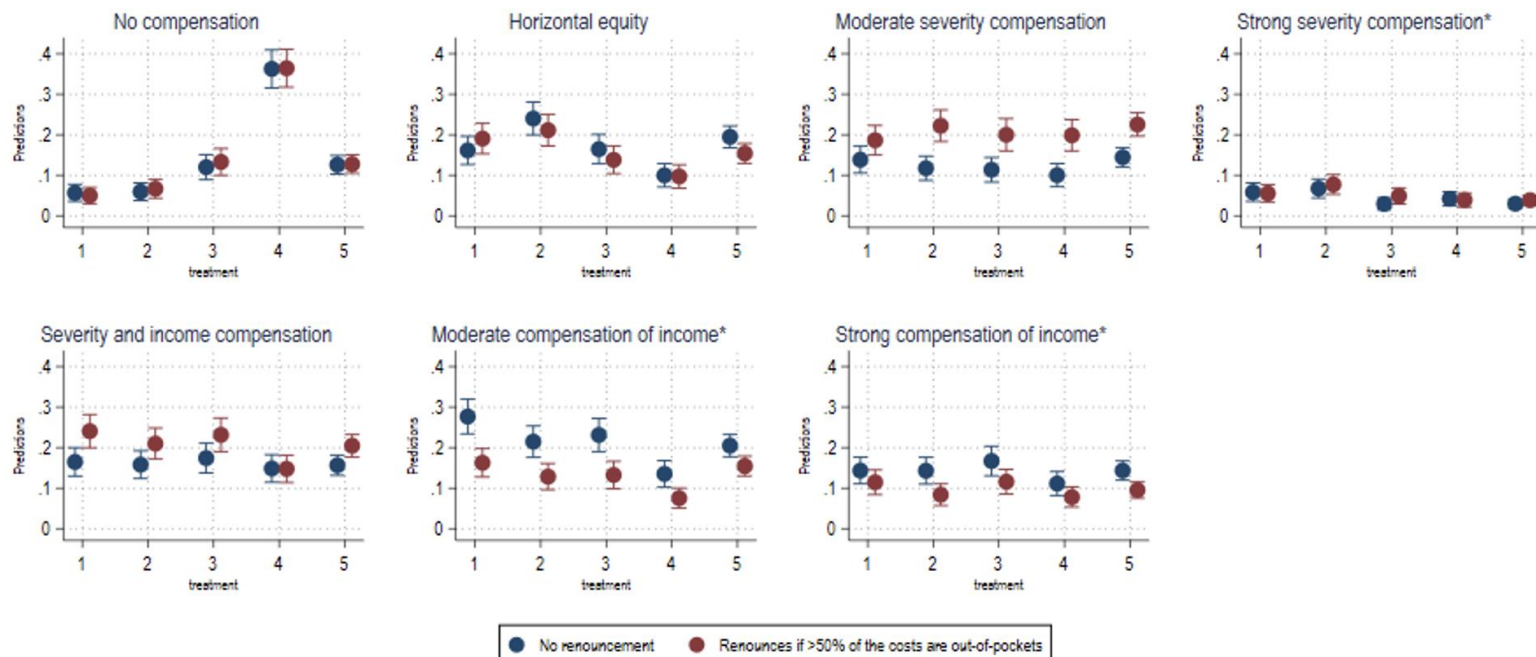
VARIABLES	(1) No compensation	(2) Full compensation	(3) <u>Moderate</u> <u>overcompensation</u>	(4) Full <u>overcompensation</u>
<u>Circumstances</u>			Reference point	
<u>Preferences</u>	0.228*** (0.015)	-0.047*** (0.008)	-0.093*** (0.007)	-0.088*** (0.007)
<u>Localization</u>	0.095*** (0.013)	0.005 (0.004)	-0.047*** (0.007)	-0.053*** (0.008)
Controls			NO	
Observations	3,552	3,552	3,552	3,552

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

|

Adjusted Predictions of different causes of cost inequality with 95% CIs



Causes of cost inequality: 1=Illness; 2=Incapacity; 3=At-home care; 4=Private hospital; 5=Localisation; (*) Scenarios were some individuals have >50% of the costs in out-of-pockets

Figure 10: Marginal effects of our multinomial logistic models for the scenarios with and without renoucement (With aggregated values at the top and disaggregated values at the bottom)

Changes in distributive preference Without renouncement to with renouncement

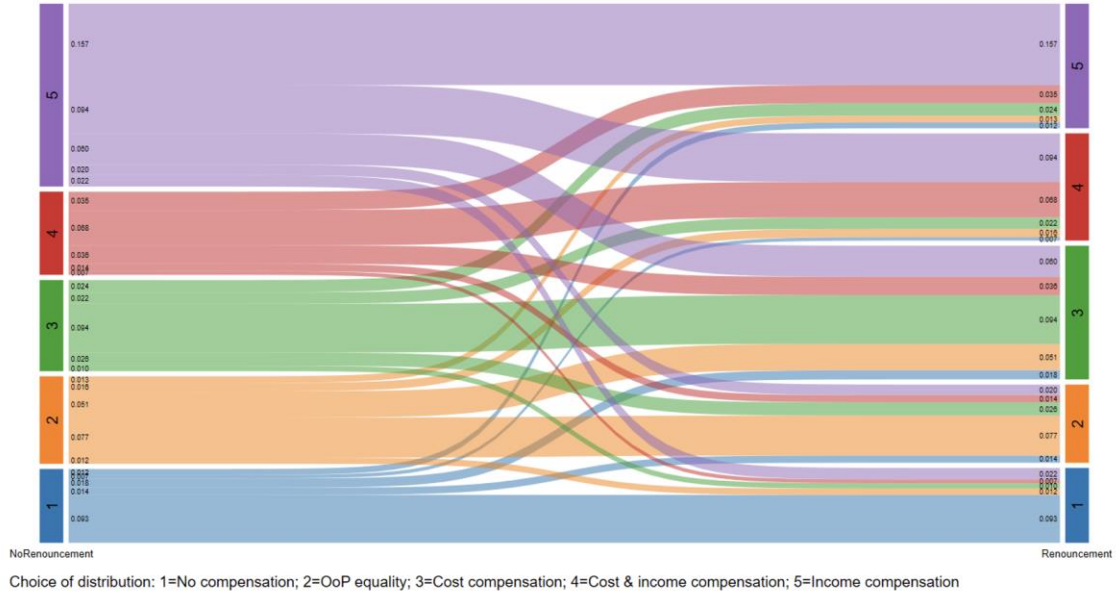


Figure 11: Alluvial plot of the shift in preferences when there is no renouncement to when there is renouncement