

L'accès aux soins et les inégalités sociales de santé : Une analyse économique

Access to care and social inequalities in health: An economic analysis

Habib EL FATHAOUI, (Enseignant-chercheur, PH)

*Laboratoire d'études et recherches en sciences économiques et management
Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Ait Melloul
Université Ibn Zohr, Maroc*

Mohamed ADASKOU, (Enseignant-chercheur, PH)

*Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences économiques
Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Agadir
Université Ibn Zohr, Maroc*

Hassan ONBOUH, (Doctorant)

*Laboratoire d'études et recherches en sciences économiques et management
Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Ait Melloul
Université Ibn Zohr, Maroc*

Idriss HOUMAM, (Doctorant)

*Laboratoire d'études et de recherches appliquées en sciences économiques
Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales d'Agadir
Université Ibn Zohr, Maroc*

Adresse de correspondance :	Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Route Nationale N° 10 cité Azrou Ait Melloul Université Ibn Zohr Maroc (Ait Melloul) 86153 +212 5 28 24 24 23
Déclaration de divulgation :	Les auteurs n'ont pas connaissance de quelconque financement qui pourrait affecter l'objectivité de cette étude.
Conflit d'intérêts :	Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêts.
Citer cet article	EL FATHAOUI, H., ADASKOU, M., ONBOUH, H., & HOUMAM, I. (2023). L'accès aux soins et les inégalités sociales de santé : Une analyse économique. International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics, 4(2-1), 137-149. https://doi.org/10.5281/zenodo.7785950
Licence	Cet article est publié en open Access sous licence CC BY-NC-ND

Received: February 20, 2023

Accepted: March 30, 2023

L'accès aux soins et les inégalités sociales de santé : Une analyse économique

Résumé

L'intégration facile des individus dans la filière de soins constitue l'objectif de toute politique publique de santé. En revanche, l'inaccessibilité nourrit les inégalités sociales de la santé, qui traduit l'inégalité des individus face à l'accès et la consommation des services de santé. Nous parlons de l'équité horizontale, lorsque les personnes égales en termes de besoin de santé sont traitées de manière égale indépendamment de leurs revenus. L'équité verticale entre dans le cadre d'un principe distributif, duquel les personnes favorisées paient plus que les moins favorisées. Il s'agit d'une revue de littérature qui a exploité ce qui est disponible sur la base des données. Ainsi, nous avons retenu les articles les plus pertinents. Nous avons utilisé les mots-clés suivants : accès aux soins, non-recours aux soins, inégalités sociales de santé, courbe de concentration. La synthèse théorique a montré l'existence de deux approches en relation avec l'accès aux soins : L'approche processus et l'approche dimension. L'approche processus est fondée sur la localisation des individus par rapport aux structures de soins et l'utilisation effective de ces soins. S'agissant de l'approche dimension, elle englobe un ensemble d'éléments qui caractérise un accès aux soins. Concernant les inégalités sociales de la santé, la littérature empirique a révélé qu'il existe plusieurs méthodes de calculs des inégalités sociales de la santé, notamment l'indice de concentration et les méthodes de standardisation. De plus, les inégalités sociales de la santé se caractérisent par un problème de mesure lié notamment au caractère objectif de l'état de santé auto-déclaré.

Mots clés : accès aux soins, inégalités sociales de la santé, courbe de concentration, standardisation

Classification JEL: I12-I14- D63

Type de l'article : article théorique

Abstract

The easy integration of individuals into the health care system is the objective of any public health policy. On the other hand, inaccessibility feeds social inequalities in health (Social Health Inequalities), which reflects the inequality of individuals in access to and consumption of health services. We speak of horizontal equity, when people who are equal in terms of health needs are treated equally regardless of their income. Vertical equity is part of a distributive principle, whereby the more advantaged pay more than the less advantaged. This is a literature review that has exploited what is available in the database. Thus, we selected the most relevant articles. We used the following keywords: access to care, non-use of care, social inequalities in health, concentration curve. The theoretical synthesis showed the existence of two approaches in relation to access to care: the process approach and the dimension approach. The process approach is based on the location of individuals in relation to health care structures and the actual use of this care. With regard to the dimensional approach, it encompasses a set of elements that characterize access to care. Concerning the social health inequalities, the empirical literature has revealed that there are several methods of calculating the social health inequalities, notably the concentration index and standardization methods. Moreover, the social health inequalities are characterized by a measurement problem linked in particular to the objective nature of self-reported health status.

Keywords: access to care, social health inequalities, concentration curve, standardization.

JEL Classification: I12-I14- D63

Paper type: Theoretical Research

Introduction

A l'échelle planétaire, l'accès aux soins et les inégalités sociales de la santé (ISS) constituent une source de préoccupation des décideurs publics. L'accès aux soins se répercute notamment par une entrée facile dans le système de santé. En revanche, l'inaccessibilité se traduit par un retard ou manque d'utilisation des soins de santé devant un besoin ressenti de soins. En conséquence, l'inaccessibilité nourrit les ISS, qui reflètent la répartition inégale d'accès aux soins et l'état de santé entre les individus d'une société. À cet égard, plusieurs politiques ont été inaugurées pour atteindre un meilleur accès aux soins et une baisse au niveau des ISS (États-Unis d'Amérique, France, Grande-Bretagne, Maroc...). En France, l'état de santé des pauvres a été amélioré en janvier 2000 occasionné par l'intégration d'une assurance maladie complémentaire gratuite aux profits des personnes défavorisées. Certains territoires disposent d'un avantage en raison d'une offre variée qui affecte directement l'accessibilité aux soins (Luo & Qi, 2009). En effet, le groupement des médecins et des équipements hospitaliers dans un territoire impacte le déséquilibre au niveau de la carte sanitaire. Ainsi, la population des régions peu éloignées des centres de soins connaît un taux de morbidité élevé lié à la faible consommation de soins (Paköz & Yüzer, 2014).

En outre, plusieurs pays ont instauré des dispositifs d'assurance maladie afin d'inciter les individus à consommer les services de soins. Ces programmes se diffèrent selon la politique visée, et peuvent concerner l'encouragement de l'utilisation des soins préventifs et curatifs, ou seulement les soins curatifs. D'autre part, la maîtrise des dépenses de santé des ménages, notamment la réduction des paiements directs des dépenses de santé, détermine le succès de ces dispositifs. L'utilité réside dans la protection des individus contre les obstacles financiers d'accès aux soins et les dépenses catastrophiques de santé. L'imputation d'une partie importante du revenu pour l'achat des services de santé met en péril d'autres dépenses indispensables à la vie, notamment la nourriture, le logement, l'éducation...etc.

Pour agir sur les disparités liées à l'accès et l'utilisation des services de santé, le Maroc a mis en œuvre plusieurs politiques et stratégies notamment l'assurance maladie obligatoire en 2005 et l'extension d'assistance en faveur des personnes pauvres et vulnérables sous le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED). Ce dernier a été initié par une expérience pilote dans la région Tadla Azilal, puis généralisé en 2012 à tout le pays (Adaskou et al., 2021; Zammar & Abdelbaki, 2019). Comme résultat, le paiement direct des dépenses de santé par les ménages marocains est passé de 57.3% en 2006 à 45.6% (comptes nationaux de santé, 2018). Le projet de la protection sociale lancé récemment par le gouvernement marocain vise à atteindre la couverture sanitaire universelle, qui est une composante essentielle du développement économique d'un pays. Du fait, le rehaussement de l'état global de la santé n'est pas l'objectif ultime de toute politique de santé d'un pays, mais garantir une accessibilité équitable sans obstacles aux services de santé est primordial (Huber, 2007). En outre, pour classer et comparer les systèmes nationaux de santé, l'organisation mondiale de la santé (OMS) recourt à l'indice des ISS de ces systèmes.

L'analyse économique des ISS a émergé grâce aux travaux de Wagstaff et Van Doorslaer (1997). Cette analyse s'est inspirée principalement de l'approche de mesure des inégalités de revenus et distingue les inégalités horizontales et verticales (Pauly et al., 2012). Notre objectif est d'éclaircir le concept d'accès aux soins sous ses différentes approches, ainsi que l'émergence de non-recours aux soins. Ce travail vise aussi à clarifier le phénomène des ISS. Ce travail s'articule autour de deux sections, la première section traite le concept d'accès aux soins sous différentes approches, notamment l'approche processus et l'approche dimension. La deuxième section s'intéresse à une analyse des ISS.

1. Analyse théorique des approches de l'accès aux soins

Picheral a défini l'accès aux soins en 1982 comme l'accès facile aux ressources et structures de santé. En effet, la définition économique de ce terme remonte aux Auray et *al.* (1996) qui désigne un ensemble d'éléments donnant à un individu un accès aux soins convenables aux délais opportuns que nécessite la nature de la maladie. L'analyse des facteurs d'accessibilité a mis en évidence les dimensions spatiales liées notamment à la distance, et les dimensions non spatiales telles que les variables d'âge, le niveau socio-culturel et le revenu, etc... (Auray et al., 1996). Ainsi, il existe deux approches à savoir l'approche processus et l'approche dimension.

1.1. Approche processus

Selon PICAL (1982) et Guagliardo (2004), il existe deux étapes pour adhérer aux soins. La première étape potentielle est fondée sur la base de la localisation des individus par rapport à l'offre de soins. La deuxième étape est la délivrance qui est réalisée dans le cadre de l'utilisation réelle ou effective des services de santé (examens de diagnostic, les analyses médicales, les traitements reçus) ou les barrières de l'offre de soins sont éliminées.

Les deux étapes sont des outils importants pour déterminer le degré de distribution de l'offre de soins parmi les individus. L'accessibilité potentielle se transforme en consommation des soins par la suppression de certains obstacles, notamment financiers et distanciers. (Travis et al., 2004) ont classifié ces obstacles en contraintes financières (difficultés de paiement) et non financières (distance en coût et temps).

1.2. Approche dimension

Penchansky et Thomas (1981) ont identifié cinq dimensions différentes à l'accès aux soins qui sont :

- ✓ La disponibilité : elle se traduit si les structures de soins telles que les producteurs de soins, les praticiens sont adéquates pour satisfaire les besoins des individus ;
- ✓ L'acceptabilité : elle implique les attitudes des utilisateurs en fonction des caractéristiques des producteurs des soins de santé ;
- ✓ La commodité : méthodes d'organisation des établissements sanitaires pour accueillir les patients (horaires d'ouverture, rendez-vous, délais d'attente), et la capacité de celui-ci à se réajuster à l'offre ;
- ✓ L'abordabilité : c'est la relation entre les prix des soins de santé et le niveau de revenu du patient ;
- ✓ Accessibilité : c'est la localisation des soins par rapport à la demande des individus (coût en termes de distance, coût du temps).

Selon Khan (1992), l'abordabilité et l'accessibilité indiquent la dimension spatiale, tandis que les autres éléments se réfèrent à la dimension non spatiale de l'accès aux soins.

1.3. Non-recours

Le non-recours aux droits sociaux est apparu pour la première fois en 1930 en Grande-Bretagne sous le nom « non take up of social benefits ». Il s'intéressait particulièrement aux prestations d'origine financière. Par la suite, il a été conceptualisé par Catrice-Lorey en 2017 comme tout individu qui a le droit à une prestation sociale, mais en tout état de cause ne le reçoit pas. Van Oorschot et Math (1996) ont donné l'émergence de non-recours dans le domaine des droits sociaux liés aux soins. Il se réfère à une situation où une personne a le droit d'une prestation de soins, mais elle ne la reçoit pas ou reçoit seulement une partie de cette prestation.

La définition classique de non-recours aux droits sociaux scinde la population en personnes éligibles et non éligibles. La catégorie de l'éligible fait l'objet de non-recours qui se scinde selon la demande de soins et le critère d'éligibilité en plusieurs catégories. La typologie de non-recours aux prestations sociales selon Warin (2012) est présentée dans le tableau (1). Selon cet

auteur, Le non-recours est le rapport entre le nombre total des individus éligible et qui n'ont pas bénéficié d'une prestation (1-NeR) et le nombre total des individus éligible à ce droit :

$$\text{Taux de non - recours} = \left(\frac{1 - \text{NeR}}{\text{Ne}} \right) \times 100$$

Le nombre de personnes éligibles qui ont bénéficié d'une prestation (NeR) est une variable connue, tandis que le nombre de personnes éligibles (Ne) n'est pas exempt de difficultés ce qui limite la possibilité de mesure du phénomène non-recours.

Le non-recours aux soins se traduit principalement par une absence d'une visite pour un praticien qu'il soit généraliste ou spécialiste, et un dentiste pour une période d'au moins de deux ans et l'absence d'un suivi régulier pour un gynécologue pendant une année (Chauveaud et al., 2008). Collet a souligné en 2006 que le renoncement aux soins, retards aux soins, et inobservance thérapeutique constituent aussi les principaux aspects de non-recours dans le domaine du soin.

Tableau 1 : typologie du non-recours aux prestations sociales

Type	Description
Non-recours primaire	Un individu ne reçoit pas une prestation dont il est éligible faute d'absence d'une expression de la demande.
Non-recours secondaire	L'individu exprime la demande en prestation, mais ne la reçoit pas.
Non-recours temporaire	Le moment qui sépare le cas où la personne devient éligible et celui d'une demande de prestation.
Non-recours permanent	C'est le manque d'expression de la demande pour une prestation entre la période où l'individu devient éligible et la période où il devient inéligible
Non-recours frictionnel	Le cas lorsque les prestations ne sont pas versées complètement alors que les droits sont ouverts.
Non-recours cumulatif	C'est le reçu par un individu d'un petit nombre de prestations sachant qu'il est éligible à plusieurs.
Quasi non-recours	À l'exception du comportement, la personne est éligible à toutes les conditions. Cette personne aurait eu ce comportement s'il connaît les prestations et leurs conditions d'accès.

Sources : Warin (2012)

La mesure de renoncement dépend du jugement attribué par les individus aux soins. En effet, le renoncement peut faire l'objet des soins vitalement obligatoires et médicalement justifiés que des soins visant à rehausser la qualité de vie (Rode, 2010). L'indicateur de renoncement aux soins permet aux pouvoirs publics d'apprécier le retentissement de la révision des systèmes de santé sur le comportement de recourir aux soins, toutefois, en distinguant les individus qui se sentent concernés par le non-recours aux soins. Il existe plusieurs formulations de cet indicateur qui se différencient selon les causes de renoncement (principalement financières), type de soins concernés (dentaire, optique, autre), et la durée de renoncement (reportée ou définitive).

Selon Lombrail et al. (2004), le retard aux soins englobe les cas où la consultation médicale a été trop tardive, ce qui est en rupture avec la définition américaine pour l'accès aux soins « l'accès aux soins est l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus

de façon à atteindre le meilleur résultat en termes de santé ». Concernant l'inobservance thérapeutique, Rode a ajouté en 2010 que certains patients visitent un médecin, mais renoncent aux médicaments prescrits lors de cette consultation.

L'accès aux soins est un processus de deux étapes. Une offre de santé disponible, acceptable et abordable, facilite l'utilisation réelle des services de santé par les individus. D'autre part, L'inaccessibilité aux prestations de santé délimite le non-recours dans le domaine de la santé. Les formes de ce non-recours se diffèrent selon la condition d'éligibilité, l'expression de la demande et la complétude des prestations fournies. Concernant la mesure, il existe un taux spécifique qui intègre dans son numérateur les individus éligibles à une prestation non bénéficiée. Dans la majorité des cas, le nombre de ces personnes n'est pas connu, ce qui limite le calcul exact de ce taux. En d'autres formes, le non-recours aux soins concerne également les retards aux soins et l'inobservance thérapeutique.

2. Analyse théorique des inégalités sociales de la santé (ISS)

2.1. Définition

Bien que les ISS constituent une priorité pour de nombreux pays, l'écart entre les plus et les moins défavorisés en termes d'accès aux soins et l'état de santé s'amplifie davantage dans de nombreux cas (Ford et al., 2019). L'équité horizontale dans le cadre des soins stipule que les personnes égales doivent être traitées de manière égale, ainsi les individus qui présentent des états de santé similaires de morbidité bénéficient des plateaux de soins identiques. L'inégalité horizontale correspond à la situation opposée, lorsque deux personnes présentent la même morbidité, mais reçoivent des soins différents. En revanche, l'équité verticale s'inscrit dans une logique de redistribution auxquelles les plus riches contribuent davantage dans le financement du soin que les pauvres. L'inégalité et l'égalité sont des concepts dimensionnels, qui se réfèrent à des quantités mesurables. Par contre, l'iniquité et l'équité sont des concepts politiques qui expriment un engagement moral envers la justice sociale (Kawachi et al., 2002).

L'identification des indicateurs des ISS dépend de l'évaluation de l'état de santé. Selon Couffinal et al., (2004), ces éléments sont considérés comme des enjeux principaux de mesure des ISS. La répartition inéquitable de la consommation des soins de santé entre les individus s'explique notamment par la variation des préférences entre les individus, la différence sur la plus-value occasionnée par les soins et l'hétérogénéité des fonctions d'utilité. Toutefois, la répartition des soins de santé parmi les individus doit prendre en considération le besoin au sein de la population et toute divergence par rapport à cette répartition est considérée comme inéquitable (Wagstaff & van Doorslaer, 2000).

En outre, l'assurance réduit les ISS par deux mécanismes. En premier, il permet aux pauvres d'intégrer la filière des soins de santé, ce qui occasionne une réduction a posteriori des coûts de ces soins. Secondairement et par son effet indirect, elle permet de consacrer le revenu aux autres consommations telles que la nourriture, le logement et l'éducation. Ce qui permet de générer des externalités positives pour la santé des individus (Dourgnon & Grignon, 2001).

2.2. Méthode de calcul

La mesure des inégalités sociales de la santé emprunte le même problème standard de la mesure de l'inégalité des revenus. Ce problème réside principalement dans la mesure de la santé elle-même (Costa-Font & Cowell, 2022). Selon Rochaix et Jacobzone (1997), l'analyse de l'équité en matière de santé se base sur deux approches. La première approche trouve ses origines de la mesure des inégalités de revenus, et qui proposent des indicateurs qui mesurent la répartition de la santé dans la population sans considération des autres dimensions. Tandis que l'autre approche compare cette répartition en relation avec la mesure du niveau de vie (éducation, revenu, consommation) dans une population déterminée. Les indicateurs des ISS liés aux

revenus mesurent si la mauvaise santé est concentrée chez les plus défavorisés. La littérature empirique des inégalités socio-économiques de santé est caractérisée par la prédominance de l'utilisation de l'indice et la courbe de concentration (Wagstaff & van Doorslaer, 2000).

2.3. La courbe de concentration et l'indice de concentration

La courbe de concentration dont dérive l'indice de concentration est une approche partielle de calcul des ISS entre les différents groupes socio-économique. Dans le cadre du statut socioéconomique (SSE), la mesure s'effectue avec les variables de SSE à condition que ces variables présentent la capacité de classer les individus par ordre croissant de SSE (de plus bas SSE au plus haut SSE), ainsi le revenu présente la caractéristique d'une variable préférée pour la littérature économique (Van de Poel et al., 2012).

La courbe de concentration relie la proportion cumulative de soins médicaux et la proportion cumulative de la population classée par le SSE qui est généralement le revenu (Van de Poel et al. 2012). Le positionnement de cette courbe par rapport à la diagonale délimite trois cas de figure des inégalités :

- ✓ Lorsque cette courbe coïncide avec la diagonale, aucunes inégalités socio-économiques ne sont constatées.
- ✓ Lorsque cette courbe se trouve en dessous (au-dessus) de diagonale, il y a une inégalité en faveur des personnes aisées (pauvres).

La distance entre la diagonale et la courbe de concentration nous renseigne sur l'ampleur des inégalités. Cette ampleur est déterminée par l'indice de concentration qui est égale à la surface située entre la diagonale et cette courbe multiplié par deux (Van de Poel et al., 2012). Soient I , H , Hc indiquent respectivement revenu, santé et soins de santé. L'indice de concentration (IC) du recours aux séances de médecins spécialistes (y) par exemple est donné par l'équation (1)

$$IC(y) = 1 - 2 \int_0^1 Ly(r) dr \quad (1)$$

Pour le cas d'un nombre discret d'individus n :

$$IC(y) = \frac{1}{n\mu(y)} \sum_{i=1}^n \left[y_i \left(2r_i^I - \frac{n+1}{n} \right) \right] \quad (2)$$

$\mu(y)$ est la valeur moyenne de y_i et r_i^I le rang fractionnaire de l'individu i dans la distribution de I . L'indice de concentration est compris entre -1 et 1, quand sa valeur est positive (négative), la courbe de concentration se trouve en dessus (dessous) de la diagonale, et prend 0 lorsque la courbe de concentration se croise avec la diagonale.

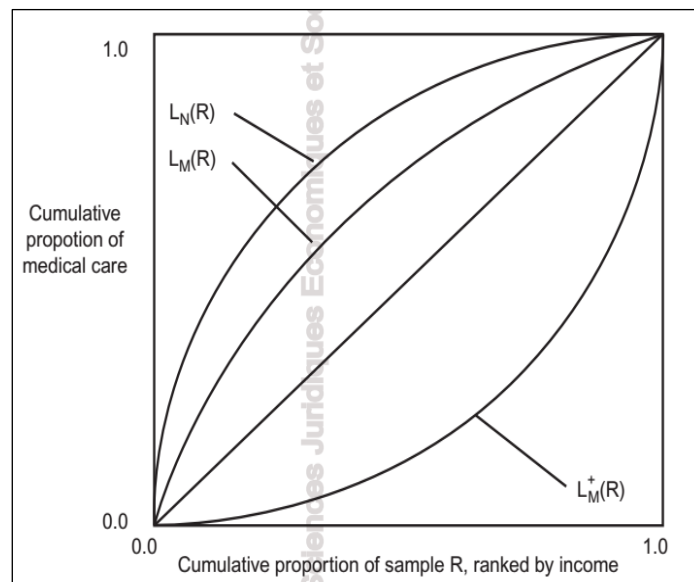
2.4. Méthode de standardisation directe et indirecte

Selon Wagstaff et van Doorslaer (2000), le soin de santé est une fonction du besoin N et le SSE, i.e. $hc_i = f(N_i; SSE_i)$ ainsi les autres variables sont négligées. La méthode de standardisation directe calcule pour chaque individu la quantité de soins de santé qu'il aurait reçus s'il avait le même degré de besoins que l'échantillon dans son ensemble. Selon cette méthode, l'équation des soins de santé deviendra $hc_i^+ = f(\bar{N}; SSE_i)$ où \bar{N} représente le besoin moyen de l'échantillon. Ce niveau de soins recalculé aide à construire la courbe de concentration $L_M^+(R)$ (Cf. figure 1 ci-dessus).

En revanche, la méthode de standardisation indirecte implique de traiter identiquement les individus qui présentent les mêmes caractéristiques SSE, i.e. $hc_i = f(N_i; \overline{SSE})$, où le \overline{SSE} est le SSE moyen dans l'échantillon. Par conséquent, l'iniquité dont souffre un individu est l'écart

entre $f(N_i; SSE_i)$ et $f(N_i; \overline{SSE})$. L'analyse globale se base sur la comparaison des courbes de concentration **figure 1**, la comparaison de $LM(R)$ avec la courbe de concentration de besoins $L_N(R)$ et par la suite la courbe de concentration des soins médicaux indirectement standardisés $f(N_i; \overline{SSE})$.

Figure 1 : la courbe de la concentration des soins de santé : standardisation directe et indirecte



Source: *The handbook of health economics (Pauly et al., 2012, p. 1032)*¹

2.5. Analyse empirique des inégalités sociales de la santé :

Afin de comparer les disparités de santé auto-déclarée liées au revenu dans neuf pays industrialisés, Van Doorslaer et al. ont construit en 1997 la courbe de concentration de l'état de santé auto-déclarée, qui est une variable latente. Leurs résultats ont montré que les inégalités en faveur des personnes riches sont statistiquement significatives dans ces pays et plus particulièrement les États unis d'Amérique et le Royaume-Uni. Par contre, elles sont faibles en Suède et en Finlande. Ces auteurs ont déclaré également une forte liaison entre les inégalités de revenus et les ISS. Lachaud (2003) lors d'une analyse comparative des courbes des enfants malnutris dans trois pays africains (Burkina Faso, Cameroun et Togo) a montré que les retards de croissance sont plus élevés dans les villes avec des inégalités entre les pays étudiés. La méthode de mesure de l'inégalité employée par Lachaud (2003) réside dans la décomposition de l'indice de concentration. Ainsi, le niveau des ménages, l'alphabétisation des parents, notamment la mère et la localisation spatiale des ménages constituent des facteurs qui amplifient ces inégalités.

Dans ce même cadre, Wagstaff et al. (2003) ont mesuré les inégalités de la malnutrition des enfants au Vietnam, et le changement de ces inégalités en fonction de la variation des variables indépendantes. Ainsi, les inégalités sont suffisamment expliquées par les dépenses de consommation des ménages et certaines caractéristiques inobservées. Yiengprugsawan et al. (2007) ont déclaré lors d'une étude réalisée sur l'auto-déclaration de la morbidité et l'auto-évaluation de l'état de la santé en Thaïlande que les inégalités sont pro-riches dans les deux indicateurs. Du fait, l'âge, le genre, le revenu et le niveau d'instruction sont des facteurs explicatifs de ces inégalités. En revanche, le niveau de vie et le niveau d'instruction de la mère sont des facteurs explicatifs de ces iniquités lors d'une étude réalisée par Zere et al. (2011) en Namibie sur les inégalités des accouchements en milieu médicalisé. La décomposition de

¹ Ouvrage consulté à partir de scholarvox via l'abonnement de l'Université Ibn Zohr d'Agadir.

l'indice de concentration a été employée pour décomposer les facteurs qui expliquent ces inégalités.

En utilisant les données d'enquêtes de 13 pays européens en 2009, Or et al. ont évalué l'effet d'aspect des systèmes de santé sur l'équité horizontale d'accès aux soins en Europe. Cette approche a permis, en plus de mesurer, une comparaison des niveaux des inégalités entre ces pays. Leurs résultats ont montré l'utilité des praticiens de médecine générale et l'organisation des soins primaires dans la réduction de ces inégalités. Pour mesurer la disparité des nouveaux cas de la tuberculose dans la population résidente à Manaus au Brésil, De Castro et al. (2018) ont calculé l'indice de Gini de la tuberculose dans chaque quartier, et puis la modélisation par la régression linéaire pour identifier la corrélation entre l'inégalité de l'incidence de la tuberculose et ses déterminants sociaux. En effet, entre 2007 et 2016, il y a eu une hausse des nouveaux cas tuberculeux à Manaus, ainsi qu'une augmentation de l'inégalité des incidents entre les sexes, les groupes ethniques et le niveau socio-économique. Concernant l'espérance de vie et celui en bonne santé, Younsi et Chakroun ont souligné en 2018 lors d'une étude faite en Tunisie que les disparités entre les groupes aux extrémités du continuum favorisé-défavorisé sont beaucoup plus importantes lorsqu'ils sont mesurés sur le plan individuel.

2.6. Problème de mesure

Même si le calcul des inégalités de santé s'est inspiré de l'approche de mesure des disparités de revenu. La mesure de l'état de santé est moins claire par rapport au revenu qui est une variable continue (Pauly et al., 2012). Les limites de l'indice de concentration sont identiques à celles de l'indice de Gini. Cette similarité est liée principalement à la dépendance du rang de l'individu dans la distribution des revenus et non pas de son niveau de revenu. Du fait, ces indices attribuent le même degré d'importance à l'inégalité parmi les riches et les pauvres. Ce qui limite un classement des distributions en fonction de leurs degrés d'inégalités. Par conséquent, si deux distributions ayant les mêmes IC, elles n'ont aucune raison d'être égales (Huber, 2007).

Le degré des inégalités de santé calculé varie légèrement si on emploie la consommation ou l'indice de mesure de bien-être. La difficulté qui se repose pour la mesure des ISS, c'est le calcul de ces inégalités à partir de l'indicateur de santé auto évaluée (SAE). Cet indicateur contient des renseignements objectifs sur l'état de santé individuel. Les inégalités de santé issues de SAE auraient tendance à être sous-estimées, étant donné que les individus du sommet de la hiérarchie sociale jugent leur état de santé plus important que les autres catégories (Wagstaff & Watanabe, 2003).

En somme, L'analyse des ISS distingue l'inégalité horizontale et verticale. La première renvoie à une situation dont laquelle les individus, présentant des états de morbidité similaires sont soignés différemment. À l'inverse, l'égalité verticale stipule que les riches contribuent financièrement à un même panier de soins plus que les pauvres. Les méthodes de mesure des ISS empruntent les mêmes techniques des inégalités de revenu, plus principalement le calcul de l'indice de Gini. Par opposition au revenu qui est une variable quantitative continue, la particularité des ISS est liée à la nature complexe de mesure de la santé. Ainsi, la courbe de concentration dont issue l'indice de concentration analyse la distribution des mesures de santé parmi les individus. En outre, les méthodes de standardisation directe et indirecte fournissent un cadre supplémentaire à la mesure et à la comparaison entre les différentes distributions.

2.7. Regard critique sur la mesure des ISS

L'approche de mesure des ISS utilise le principe de mesure des inégalités de revenu, notamment l'indice de Gini. Or, la nature complexe et le caractère multidimensionnel de la santé rendent cette approche insuffisante dans le domaine des ISS. En effet, la courbe de concentration dont dérive l'indice de concentration apprécie de façon globale la concentration d'une dimension de santé, notamment les taux de morbidité et de mortalité dans une société. A contrario, elle ne

fournit aucune mesure complémentaire concernant les ISS parmi les plus favorisés ainsi que les moins favorisés. Elle présente aussi une lacune d'appréciation des formes d'ISS notamment l'inégalité horizontale et verticale.

D'autre part, la méthode de standardisation normalise le besoin ou le SSE d'un individu dans une société. Si la standardisation du SSE s'avère concrète, la sensation d'un manque envers la santé se diffère selon les caractéristiques des individus et les classes qu'ils appartiennent. Ainsi, les préférences pour la santé sont hétérogènes et les déclarations sur l'état de santé sont aussi différentes. La santé auto déclarée par les individus dans la mesure des ISS doivent être ajustée par leurs antécédents en relation avec la maladie et les problèmes de santé. Cependant, les échelles de mesure qui évaluent de façon pertinente le bien-être social des individus se voient nécessaires.

3. Conclusion

En guise de conclusion, l'accès aux soins désigne la facilité d'accéder à l'offre de soins. Selon l'approche processus, il existe deux étapes pour l'accès aux soins. L'étape potentielle est fondée sur la base de la localisation des individus aux structures de soins, suivi de la délivrance réalisée en utilisant réellement ou effectivement des services de santé. L'approche dimension se réfère à l'existence des structures de soins à proximité des individus. Les prestations de soins offertes par ces derniers doivent être acceptables et abordables afin de réduire le renoncement aux soins.

L'appréciation de l'état de santé et l'identification des indicateurs des inégalités de la santé constituent un enjeu principal dans l'analyse des ISS. Ainsi, le calcul des ISS présente des défis similaires aux problèmes standards de mesure des inégalités de revenus. Ces défis résident principalement dans l'appréciation de l'état de la santé lui-même. L'analyse de l'équité en matière de santé se base sur deux approches. La première approche est similaire à celle de la mesure des inégalités de revenus, et qui propose des indicateurs qui mesurent la distribution de la santé dans la population sans considération des autres dimensions. Tandis que l'autre approche compare la distribution de la santé au sein d'une population donnée en relation avec la mesure du niveau de vie (éducation, revenu, consommation).

En somme, l'accessibilité aux soins et les ISS constituent des éléments qui influencent la santé des individus, et que le non-recours aux soins alimente les ISS. Certes ce travail a mis en lumière deux domaines d'intervention de l'économie de la santé parmi d'autres. En effet, une étude empirique est nécessaire afin d'appliquer ces théories et ces formules dans le but de mesurer et comparer intra et inter régional les notions d'accessibilité aux soins et les ISS au Maroc.

Références

- (1). Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H. (2021). Les déterminants de la performance productive des centres hospitaliers publics au Maroc. *Revue Internationale du Chercheur*, 2(1), Art. 1. <https://revuechercheur.com/index.php/home/article/view/131>
- (2). Adaskou, M., Houmam, I., & Onbouh, H. (2021). Demand and supply of health care: advances and theoretical models. *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(3), 66-85. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4785353>
- (3). Auray, J.-P., Beresniak, A., & Claveranne, J.-P. (1996). Accès aux soins. Dans *Dictionnaire commenté d'économie de la santé*.
- (4). Catrice-Lorey, A. (2017). Inégalités d'accès aux systèmes de protection sociale et pauvreté culturelle. In *Le non-recours aux politiques sociales* (p. 191-202). Presses

- universitaires de Grenoble. <https://www.cairn.info/le-non-recours-aux-politiques-sociales--9782706125713-p-191.htm>
- (5). Chauveaud, C., Rode, A., Chatain, C., Gutton, S., Labbe, E., Moulin, J.-J., & Warin, P. (2008). *Le non-recours aux soins des actifs précaires (NOSAP)* [conférence]. Rapport scientifique final. Grenoble. <http://pascalfrancis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=24391071>
 - (6). Collet, M. (2006). *Motifs médicaux de recours aux centres de soins gratuits et logiques de recours aux soins des consultants*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).
 - (7). Costa-Font, J., & Cowell, F. A. (2022). The measurement of health inequalities : Does status matter? *The Journal of Economic Inequality*, 20(2), 299-325. <https://doi.org/10.1007/s10888-021-09497-4>
 - (8). Couffinhal, A., Tubeuf, S., & Dourgnon, P. (2004). Outils de mesure des inégalités de santé : Quelques débats d'actualité. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 163-171. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1008>
 - (9). De Castro, D. B., de Seixas Maciel, E. M. G., Sadahiro, M., Pinto, R. C., de Albuquerque, B. C., & Braga, J. U. (2018). Tuberculosis incidence inequalities and its social determinants in Manaus from 2007 to 2016. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0900-3>
 - (10). Dourgnon, P., & Grignon, M. (2001). *L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ?*. Bulletin d'information en économie de la santé. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes43.pdf>.
 - (11). Ford, J., Sim, F., & Mackie, P. (2019). Health inequalities : The need for clarity in the confusion. *Public Health*, 175, A1-A2. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.09.006>
 - (12). Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care : Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>
 - (13). Huber, H. (2007). *Vieillesse, dépenses de santé et inégalités de recours aux soins : Essais de micro-économétrie appliquée*. [thèse de doctorat, Université de Nanterre - Paris X]. Thèse.fr. <https://theses.hal.science/tel-00181627> 187.
 - (14). Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647-652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
 - (15). Khan, A. A. (1992). An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services. *Socio-Economic Planning Sciences*, 26(4), 275-287. [https://doi.org/10.1016/0038-0121\(92\)90004-O](https://doi.org/10.1016/0038-0121(92)90004-O)
 - (16). Lachaud, J.-P. (2003). Dynamique de pauvreté, inégalité et urbanisation au Burkina Faso. In *Série de recherche* (N° 07; Série de Recherche). Groupe d'Économie du Développement de l'Université Montesquieu Bordeaux IV. <https://ideas.repec.org/p/mon/cedrec/07.html>
 - (17). Lombrail, P., Lang, T., & Pascal, J. (2004). Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : Que sait-on de l'accès secondaire ? : Dossier « Inégalités sociales de santé ». *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 61-71. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.995>
 - (18). Luo, W., & Qi, Y. (2009). An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. *Health & Place*, 15(4), 1100-1107. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.06.002>

- (19). Direction de la planification et ressources financières, ministère de la santé marocaine, compte nationaux de santé, 2018.
- (20). Paköz, M. Z., & Yüzer, M. A. (2014). *Access to healthcare : A field survey in Istanbul*. research gate. consulté le 01 décembre 2022 dans https://www.researchgate.net/publication/287564860_Access_to_healthcare_A_field_survey_in_Istanbul
- (21). Pauly, M. V., McGuire, T. G., & Barros, P. P. (Éds.). (2012). *Handbook of health economics* (First edition). North Holland.
- (22). Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- (23). PICHERAL, H. (1982). GÉOGRAPHIE MÉDICALE GÉOGRAPHIE DES MALADIES GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ. *L'Espace géographique*, 11(3), 161-175. JSTOR.
- (24). Rochaix, L., & Jacobzone, S. (1997). L'hypothèse de demande induite : Un bilan économique. *Économie & prévision*, 129(3), 25-36. <https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5862>
- (25). Rode, A. (2010). *Le « "non-recours" » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*. 509.
- (26). Travis, P., Bennett, S., Haines, A., Pang, T., Bhutta, Z., Hyder, A. A., Pielemeier, N. R., Mills, A., & Evans, T. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet (London, England)*, 364(9437), 900-906. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16987-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16987-0)
- (27). Van de Poel, E., Van Doorslaer, E., & O'Donnell, O. (2012). Measurement of inequity in health care with heterogeneous response of use to need. *Journal of Health Economics*, 31(4), 676-689. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.05.005>
- (28). Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Häkkinen, U., Leu, R. E., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Rodríguez, M., Sundberg, G., & Winkelhake, O. (1997). Income-related inequalities in health : Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 16(1), 93-112. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(96\)00532-2](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(96)00532-2)
- (29). Van Oorschot, W., & Math, A. (1996). La question du non-recours aux prestations sociales. *Recherches et Prévisions*, 43(1), 5-17. <https://doi.org/10.3406/caf.1996.1725>
- (30). Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2000). Income Inequality and Health : What Does the Literature Tell Us? *Annual Review of Public Health*, 21(1), 543-567. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543>
- (31). Wagstaff, A., van Doorslaer, E., & Watanabe, N. (2003). On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *Journal of Econometrics*, 112(1), 207-223. [https://doi.org/10.1016/S0304-4076\(02\)00161-6](https://doi.org/10.1016/S0304-4076(02)00161-6)
- (32). Wagstaff, A., & Watanabe, N. (2003). What difference does the choice of SES make in health inequality measurement? *Health Economics*, 12(10), 885-890. <https://doi.org/10.1002/hec.805>
- (33). Warin, P. (2010). *Le non-recours : Définition et typologies*. Observatoire des non-recours aux droits et services Laboratoire Pacte (UMR CNRS 5194) Maison des Sciences de l'Homme – Alpes.
- (34). Warin, P. (2012). Le non-recours aux droits : Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4103>

- (35). Yiengprugsawan, V., Lim, L. L., Carmichael, G. A., Sidorenko, A., & Sleigh, A. C. (2007). Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand. *International Journal for Equity in Health*, 6(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-6-23>
- (36). Younsi, M., & Chakroun, M. (2018). Comparing Individual and Area-Based Socioeconomic Measures for Monitoring Social Health Inequalities in Tunisia. *Journal of the Knowledge Economy*, 9(4), 1270-1290. <https://doi.org/10.1007/s13132-016-0416-2>
- (37). Zammar, R., & Abdelbaki, N. (2019). Evaluation du projet (RAMED). Cas des soins de dialyse dans la région Sous Massa. *Journal d'Economie, de Management, d'Environnement et de Droit*, 2(3), Art. 3. <https://doi.org/10.48398/IMIST.PRSM/jemed-v2i3.18979>
- (38). Zere, E., Oluwole, D., Kirigia, J. M., Mwikisa, C. N., & Mbeeli, T. (2011). Inequities in skilled attendance at birth in Namibia : A decomposition analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-34>