

Renoncement, accès aux soins, équité et état
de santé

Michel Grignon, McMaster University

Workshop “renoncement aux soins, accès aux
soins”, Legos – Chaire Santé
Paris, Mars 2011

Plan

- Processus ou résultats
- Mesure objective de l'accès : une impasse?
- Mesure subjective de l'accès : SUN
 - SUN et qualité des soins
 - SUN et équité
 - SUN au Canada ?

Inéquité mesurée en résultat

Deux individus de même besoin doivent recevoir la même chose (2 individus de même âge doivent avoir le même état de santé)

Inéquité liée au revenu = somme des écarts entre cette règle et l'utilisation réelle (standardisée par le besoin)

Inéquité mesurée en résultat (2)

- Nombreux problèmes techniques (quid du besoin, indices de concentration et courbes de Lorenz croisées)
- Surtout : ne dit rien (ne veut rien dire) de la différence entre inéquités “justes” et “injustes”.
- Rôle des préférences : si inéquités d'état de santé liées aux comportements ou inéquités d'utilisation liées aux préférences (pauvres valorisent moins la santé)

Inéquité et justice

À propos de l'utilisation

- Injustes et qu'on peut corriger : barrières à l'accès aux soins (prix, rationnements quantitatifs)
- Injustes et difficiles à corriger : rationnements fondés sur l'efficacité (soins aux personnes âgées, aux fumeurs)
- Pas nécessairement injustes : si mon capital santé est le plus élevé, il est rationnel de le dépenser (élitisme)

Mooney et al. (1991)

For utilisation (or health care consumption) to be equal for two patients in equal need (whether defined by a third party or on the basis of self-reported morbidity) requires that one of the following applies:

(a) that consumers all have the same preferences for health care;

(b) that consumers' preferences in consuming health care are totally irrelevant or are deemed to be so;

or

that consumers who have a higher/lower than average preference for health care face negative/positive discrimination in access to health care.

Mesure par l'accès

- Mooney et al.: mêmes prix relatifs (mêmes coefficients budgétaires)
- Olsen & Rodgers : même maximum atteignable pour tous niveaux de revenu I / (prix relatif tel que $I/p(I)$ indépendant de I) – si $p = 10$ et que le plus riche gagne 100, celui qui gagne 50 doit être subventionné à hauteur de 50%

Mesure par l'accès (2)

- O&R a deux avantages :
 - S'affranchit des préférences individuelles
 - Mesure conjointement inégalité d'accès et de financement (alors que l'inéquité d'utilisation ne tient pas compte du fait qu'à utilisation égale le sacrifice budgétaire relatif est plus élevé chez les pauvres)
- CI de O&R : CI de $M^{\max}(I)$

Mesure par l'accès (3)

- Critique par WvD :
 - Pas de fondement éthique (seule la santé) – pas très solide (cf. éducation)
 - Pourquoi le maximum et pas au coefficient budgétaire 10%?
 - Ré-introduisent l'utilité marginale comme critère
- Critique par Le Grand : concept de sacrifice égal, revient à égaliser toutes les consommations

Mesure par l'accès (4)

- Le Grand a raison sur les biens “en amont” (plus nécessaires) que M
- Il faut donc éliminer ces biens de I avant de mesurer l'équité d'accès (Max accessible en M pour I disponible une fois satisfaits les besoins primaires – WHO 2002)
- Arbitraire sur les biens primaires (comme sur besoin dans utilisation)

Mesure subjective

- Difficile d'obtenir une mesure objective de $M^{\max}(I)$
- Idée de demander directement :
“Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ressentir que vous aviez besoin de soins sans pouvoir les recevoir?”
- Besoin de soins non comblés (Self-assessed unmet need, SUN)

Mesure subjective (2)

- Réponse permet de borner supérieurement M^{\max} par Besoin
- Puis d'étudier la distribution de ces bornes supérieures en fonction du revenu
- Souvent utilisé en mesure de qualité, mais difficile à étalonner : 6% de SUN peut être faible (rapporté à 80% d'utilisateurs de GP) ou très élevé (rapporté à 8% d'utilisateurs d'hôpital)

SUN et équité

- Au Canada : variation systématique avec le sexe (femmes +), l'état de santé (comme chez Koolman), l'âge (jeunes +), l'éducation (+), le revenu (-), immigration (-), résidence (urbains +) et assurance médicaments (-).
- Chen et Hou (2002) : raisons de SUN = {accessibilité ; disponibilité ; acceptabilité}

Allin et al. (2010)

- SUN nous apprend-il des choses que la distribution de l'utilisation ne peut nous apprendre ?
 - Lien SUN – utilisation : si négatif, SUN reflète bien des barrières, si positif, SUN capture du besoin non observé ou la qualité des soins reçus
 - Liens SUN – utilisation par types de SUN
 - Effet de l'introduction de SUN dans le contrôle des CI (SUN et revenu et utilisation)

Résultats

CCHS 2003

97,000 adultes (18+)

Environ 11% de SUN

3 raisons de SUN: personal – barrières –
délais d'attente

Résultats (2)

Table 1

Categorization of subjective unmet need using the CCHS.

| Category of unmet need | Stated reasons for unmet need | Percentage of SUN (and sample size) |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Category 2 (personal choice) | <ul style="list-style-type: none">• felt would be inadequate• too busy• didn't get around to it• dislikes doctors• decided not to seek care | 31.0% (N = 3596) |
| Category 3 (barriers) | <ul style="list-style-type: none">• unavailable in the area• cost• didn't know where to go• transportation problems• language problems• personal/family responsibilities• unable to leave the house because of a health problem• doctor didn't think it was necessary | 29.8% (N = 3449) |
| Wait-related | <ul style="list-style-type: none">• not available at the time required• waiting time too long | 46.9% (N = 5430) |

Résultats (3)

Qui déclare SUN?

Femmes 18-34 ans

En mauvaise santé

Pauvres (pour SUN personal et SUN
barrières)

Eduqués (pour Délais)

Résultats (4)

SUN et utilisation:

SUN-délai : + (signif. Pour prob GP et SP, # visites GP)

SUN-barrières : Neg en probabilités (signif pour GP) Positif pour visites (signif pour GP)

SUN-personal : Neg pour prob. GP, Pos pour prob hôpital, Neg pour # nuits hôpital

Introduire SUN pas d'effet dans le CI

Discussion

Reporter SUN à cause des temps d'attente reflète un problème de qualité plus que de barrières

Reporter SUN à cause de l'accessibilité reflète un problème de barrière pour la probabilité, de qualité pour l'intensité

Reporter SUN à cause de contraintes personnelles reflète une barrière pour l'accès au GP et la durée de séjour hospitalier, de la qualité pour l'accès à l'hôpital

Étape suivante

- Lien dynamique entre SUN et état de santé
- Par grandes catégories de SUN dans NPHS (temps d'attente, personnel, disponibilité)