

LETTRE du COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Déjà 5 mois sont passés depuis que j'ai officiellement pris le relais de Claude Le Pen à la Présidence du CES. Signer ce premier mot du président est donc une occasion de dire tout le plaisir que j'ai d'animer les missions et les projets du Collège, avec toute l'équipe du bureau et en duo avec Laurie Bréban qui assure la continuité, la coordination et le quotidien de notre association en tant que Secrétaire Générale du CES. Je ne veux pas redire ici toute la fierté que j'ai eue de prendre la suite Claude Le Pen, car vous savez avec quel talent et dévouement il a su avec Thomas Barnay développer et renouveler les missions du CES et en faire un acteur reconnu dans le monde professionnel et académique. Je sais que Claude reste et restera actif au sein du Collège. Il conserve d'ailleurs la direction éditoriale de la Lettre du CES et je l'en remercie.

Cette première période a été riche d'activités et de nouveaux projets pour le Collège, des projets parfois engagés par l'équipe précédente qui les voit se concrétiser aujourd'hui, avec bienveillance je crois, voire enthousiasme et engagement ! et je l'en remercie. C'est le cas par exemple de la première Matinée thématique consacrée à la Pharmacie d'officine qui fut en mars un franc succès par la qualité de l'audience - académique et professionnelle - par la pertinence des débats et par les partenariats qui se sont noués à cette occasion. Ce nouveau Cycle de conférences consacré aux métiers et segments d'activités du champ de la santé peu explorés par les économistes se poursuivra dès l'automne avec une session consacrée à l'assurance complémentaire et aux financements d'entreprise.

C'est le cas aussi avec le projet de création d'une association européenne d'économie de la santé. Envisagé en 2012, le projet s'est concrétisé début 2013. Le CES est membre fondateur de l'EuHEA¹, avec 6 autres associations nationales (Espagne, Italie, Suisse, Grande Bretagne, Allemagne, Portugal). Nous espérons bien ainsi promouvoir la reconnaissance de la recherche française en économie de la santé et faciliter l'insertion de nos jeunes collègues dans la communauté scientifique

internationale, notamment dans le cadre du colloque européen d'économie de la santé (ECHE) que pilotera l'EuHEA.

D'autres projets et partenariats se construisent, avec l'appui des membres du Conseil d'Administration que je remercie sincèrement pour leur confiance. Je ne manquerais pas de

vous tenir informés de ces nouvelles perspectives dans nos prochaines lettres du Collège. D'ici là je vous donne rendez-vous pour la prochaine Assemblée Générale et la Conférence annuelle du Collège le 13 juin prochain.

Sophie BÉJEAN

LEG, Université de Bourgogne

ÉDITORIAL :

Accès aux soins : la liberté contre l'assurance maladie ?

C'est le thème du jour en politique de santé. Dans ses « 60 engagements pour la France », François Hollande avait promis de sécuriser l'accès aux soins. Dès l'automne, Marisol Touraine a réaffirmé son engagement à trouver rapidement des solutions aux dépassements d'honoraires, aux problèmes d'accès aux soins d'urgence et aux déserts médicaux. Elle annonce pour 2013 une « Grande loi de santé publique » dont l'accès aux soins devrait être le thème central.

Comme nous le savons, le pacte qui fonde notre système de santé repose sur le principe d'égal accès aux soins pour tous, avec pour le financement de l'assurance maladie une contribution de chacun en fonction de son revenu.

Mais en France, on n'a pas peur des contradictions. Notre assurance maladie universelle financée sur prélèvements obligatoires coexiste avec une grande liberté des acteurs au niveau décentralisé. Concernant les médecins, les principes de la médecine libérale ont été clairement énoncés

dans une charte adoptée en 1927 lors d'un congrès de réunification syndicale : liberté d'installation, liberté de prescription, libre fixation des honoraires, paiement direct des honoraires, sans tiers payant. Un fonctionnement basé sur ces principes heurte la logique de protection sociale portée par une assurance maladie comme la nôtre. Depuis 45, la politique de santé a cherché à concilier les principes de liberté professionnelle avec les exigences du financement collectif. Politique conventionnelle, tarifs nationaux, références médicales opposables, contrôle de prescription, ont été quelques uns des dispositifs conçus à cette fin.

Mais aujourd'hui l'accès aux soins est miné par la mauvaise répartition géographique des médecins et le développement incontrôlé des dépassements d'honoraires. La recherche de solutions se heurte à une partie des médecins, qui s'opposent à toute mesure coercitive, oubliant que leurs revenus proviennent des ressources offertes par la sécurité sociale, elle-même financée sur prélèvement obligatoires.

¹ European Health Economics Association

La dernière convention médicale et les discussions actuelles autour du fameux avenant n°8 illustrent avec éclat l'opiniâtreté des défenseurs de la liberté des honoraires. Au départ il était question de définir des dépassements excessifs au-delà desquels des sanctions seraient mises en œuvre, sans remettre en cause l'existence du secteur II. Au final, il n'y aura pas de sanction déclenchée automatiquement et les dépassements ne pourront être jugés excessifs qu'au-delà d'un taux de 150 % qui n'est mentionné que de manière indicative en introduction à la convention. La CNAM a promu un contrat « d'accès aux soins » destiné aux médecins qui acceptent de limiter leur taux de dépassement à 100%. Ces médecins obtiennent en contrepartie la prise en charge par la collectivité d'une partie de leurs charges sociales et leurs dépassements pourront être couverts par les assureurs complémentaires. Ils obtiennent ainsi de nouveaux avantages financiers et la création d'un nouveau type de secteur II impliquant un taux de couverture par la sécurité sociale très dégradé, de 35% (70% de la moitié du coût de la consultation dans le cas d'un dépassement de 100%).

Le déroulé de cette convention, ses conclusions et les mouvements ultérieurs contre les réseaux de soins montrent à quel point, à l'heure où les contraintes budgétaires pèsent lourdement sur les comptes sociaux, le principe de l'intérêt général et les objectifs de solidarité et d'égalité d'accès aux soins restent étrangers à une certaine culture médicale, ou du moins à la culture de certains médecins.

Car les médecins français n'ont pas une posture homogène sur ces questions. Au-delà de ceux qui dominent dans la communication, d'autres médecins sont à la recherche de pratiques différentes. Dans cette édition de la *Lettre du collègue*, l'article de Yann Bourgeuil, Florence Jusot et Henri Leleu

s'intéresse à la performance des soins en matière de réduction des inégalités de santé. Ils montrent que les systèmes très axés sur les soins primaires sont les plus efficaces pour la réduction des inégalités sociales de santé, et ce d'autant plus qu'ils mettent en place une organisation volontariste des soins ambulatoires qui peut être contraignante pour les professionnels de santé. Une telle mutation romprait fortement avec l'esprit de la médecine libérale. Mais beaucoup de généralistes sont désireux d'un tel changement dans notre pays.

L'article de Carine Franc et Aurélie Pierre s'intéresse à la dimension financière de l'accès aux soins en analysant la distribution des restes à charge. On sait que l'analyse des restes à charge ne dit pas tout des problèmes financiers d'accès aux soins : un renoncement aux soins est possible, qui censure l'observation d'un reste à charge probablement élevé ; il faut aussi prendre en compte le coût d'acquisition d'une complémentaire santé. On sait aussi que l'information donnée par les valeurs moyennes est sans intérêt : seuls les centiles supérieurs de la distribution des restes à charge individuels montrent que des situations catastrophiques peuvent être atteintes. Carine Franc et Aurélie Pierre utilisent les données d'une mutuelle de fonctionnaires pour décrire le continent jusqu'à présent inexploré des restes à charge, *après intervention d'une complémentaire*. Elles examinent l'impact de l'âge, du revenu et de la région sur les restes à charges associés à différents types de soins, avec des résultats passionnants, qui montrent bien que la couverture complémentaire ne protège pas suffisamment contre les excès de dépenses liés aux dépassements et à la liberté tarifaire.

Brigitte DORMONT

LeDa, LEGOS, Université Paris Dauphine

RESTES A CHARGE EN AMBULATOIRE ET ACCES AUX SOINS

1. Accès aux soins

L'accès aux soins est un objectif fondamental de notre système de santé. Cet accès recouvre plusieurs dimensions comme notamment, l'accès territorial à des professionnels de santé et à des structures de soins ou l'accès financier, dépendant de la capacité des ménages à supporter la dépense restant *in fine* à leur charge. Malgré une prise en charge des dépenses de soins de santé assurée pour près des trois quart par la sécurité sociale, près de 15 % de la population française déclarait en 2010 avoir renoncé à des soins pour raisons financières alors

même qu'ils étaient 95 % à bénéficier d'une complémentaire santé (ESPS, 2010). Par ailleurs, les diverses mesures dites de rationalisation telles que les franchises, les déremboursements et la hausse du forfait hospitalier ont clairement réduit la participation du régime obligatoire à la dépense en soins et biens médicaux (78,1 % en 2005 vs. 76,7 % en 2011). Les conséquences en termes de reste à charge et donc d'accès aux soins sont différentes selon la nature des soins puisque la part de la sécurité sociale aux dépenses hospitalières est de 91,5% en 2011 (93,1 % en 2005) contre 63,9% pour les dépenses ambulatoires (65,2 % en 2005).

Les enjeux de l'assurance maladie complémentaire se jouent essentiellement sur les dépenses ambulatoires avec une participation des organismes complémentaires d'assurance maladie relativement stable (20,7 % en 2005 à 20,9 % en 2011). Il est essentiel d'étudier dans quelle mesure l'intervention de l'assurance maladie complémentaire modifie la structure des restes à charges.

Malgré l'importance de l'analyse des restes à charges dans la compréhension de l'accès et du non recours aux soins, peu de travaux ont été finalement menés du fait notamment du manque de disponibilité des données. A partir des fichiers administratifs d'une mutuelle de fonctionnaires, nous proposons une analyse fine de la distribution des restes à charge sur les dépenses ambulatoires aux

différents niveaux de la prise en charge (Pierre A *et al.*, 2012²) : avant et après interventions des systèmes d'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) et complémentaire (RAC AMC). Le RAC AMC correspond ainsi à la charge supportée par le patient. Nous étudions tout particulièrement la population ayant les RAC AMC les plus élevés en distinguant les différents postes de dépenses. Nos données concernent des fonctionnaires et leurs ayants droit, soient 18 126 individus, tous bénéficiaires d'une complémentaire santé dite « de base » et dont les RAC AMC sont observés sur l'ensemble de l'année 2005.

² Pierre A., Gosselin A., Perronnin M., Franc C. (2012) : « Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients ». Revue d'Economie Publique, à paraître.

2. Distribution des RAC / Variabilité

Tableau 1 : Distribution de la dépense, du RAC AMO et du RAC AMC sur l'année 2005

En 2005	99%	95%	90%	75%	50%	25%	10%	Moyenne	Ecart-Type	IC p95	IC p90
Dépense ambulatoire	9 290	4 292	2 986	1 667	795	300	83	1 356	6 182	28,8%	41,8%
Consultation	866	508	390	237	125	60	20	178	596	21,6%	34,1%
Dentaire	2 039	850	430	65	0	0	0	146	1 384	58,3%	79,4%
Pharmacie	3 406	1 838	1 318	647	189	40	3	507	3 082	32,4%	47,6%
Optique	835	546	358	0	0	0	0	83	563	44,0%	71,3%
Autre	5 930	1 678	929	362	132	30	0	443	3 674	49,4%	63,3%
RAC après AMO	3 214	1 696	1 214	701	325	116	32	529	1 984	25,2%	38,6%
Consultation	406	219	156	86	41	16	0	67	280	26,4%	40,0%
Dentaire	1 682	610	258	24	0	0	0	102	1 125	66,2%	86,3%
Pharmacie	1 043	584	410	207	68	17	0	155	691	28,7%	44,3%
Optique	818	532	345	0	0	0	0	80	549	44,7%	72,1%
Autre	1 388	476	280	124	44	5	0	125	892	43,2%	57,6%
RAC après AMC	1 890	851	534	215	61	14	1	200	1 174	38,0%	54,5%
Consultation	277	130	81	32	4	0	0	29	197	40,6%	58,6%
Dentaire	973	246	58	0	0	0	0	45	675	81,5%	96,1%
Pharmacie	603	146	68	30	9	2	0	39	367	55,7%	67,8%
Optique	523	255	115	0	0	0	0	34	305	61,6%	87,9%
Autre	834	235	114	33	0	0	0	53	587	61,6%	76,9%

Grille de lecture : la dépense de soins ambulatoire s'élève en moyenne à 1356€ par individu, 1% des individus ont une dépense supérieure à 9290€, enfin IC95=28%, signifie que 5% des individus concentrent 28% de la dépense ambulatoire.

Note : Le poste « Autre » regroupe la radiologie, les analyses, les auxiliaires médicaux, l'orthopédie, les cures thermales, le transport, la prévention et les actes chirurgicaux.

En moyenne, la dépense de soins ambulatoires s'élève à 1 356 € par individu. La variabilité de cette dépense entre les individus est très forte : 1 % des individus ont une dépense en soins ambulatoire supérieure à 9 290 € et 5 % supérieure à 4 292 €. Les 5 % d'assurés ayant les dépenses ambulatoires les plus élevées (resp. 10 %) concentrent 28 % de la dépense (resp. 43 %). La variabilité des dépenses est très différente selon les postes de soins : c'est pour le dentaire et l'optique que l'indice de concen-

tration est le plus élevé : respectivement 79 % et 71 % des dépenses de ces postes concentrées sur 10 % des individus.

Après remboursements du régime obligatoire, le RAC sur les dépenses ambulatoires est en moyenne de 529 € par individu. La variabilité du RAC après AMO est telle que 1 % des individus ont un RAC moyen de dépenses ambulatoires après AMO de plus de 3 200 € alors qu'il est près de 10 fois inférieur pour la moitié de la population (inférieur à 325 €).

Il est intéressant de noter que si le régime obligatoire réduit légèrement l'indice de concentration de la dépense ambulatoire (38.6 %, vs 41.8 %) l'analyse des indices de concentration des RAC-AMO par poste de soins révèlent des disparités extrêmement importantes voire préoccupantes. Le RAC-AMO reste notamment élevé pour le poste « pharmacie » (155 €) qui correspond à un peu moins du tiers de l'ensemble du RAC ambulatoire après AMO. Le RAC-AMO moyen en optique n'est que de 80 € puisque au moins 75 % des assurés n'ont pas eu de dépenses d'optique ; 72 % des RAC-AMO sur les soins optiques se répartissent sur 10 % de la population alors que pourtant plus de 63 % de la population déclarent porter des lunettes de vue en 2006 (Ecosanté). Pour les consultations, l'indice de concentration est plus élevé après remboursement de l'AMO, du fait probablement des dépassements d'honoraires qui ne sont pas répartis uniformément entre les individus. Il en est de même pour les soins dentaires, où 86,3 % du RAC-AMO se concentrent sur 10 % de la population. Sur ces deux postes de soins, l'intervention du RO a donc « creusé » les écarts de dépenses devant être supportées / partagées entre les assureurs privés et les ménages. Il apparaît donc que les individus concentrant les restes à charges les plus élevés « après AMO » ne sont donc pas forcément ceux qui présentaient les niveaux de dépenses les plus élevées.

L'assurance privée, qui offre des remboursements sur la base de ces RAC-AMO, permet de diminuer

la dépense supportée *in fine* par les individus : le RAC-AMC s'élève en moyenne à 200 €. Cependant, et de façon attendue, l'assurance privée a également creusé les écarts de dépenses entre individus. En effet, l'indice de concentration sur les RAC-AMC est toujours plus élevé que celui sur les RAC-AMO pour tous les postes de soins : 50 % des individus ont un RAC inférieur à 61 € sur l'année 2005, 10 % des individus concentrent 55 % du RAC-AMC, soit un coût annuel supérieur à 534 € (contre 39 % pour le RAC-AMO). Il est intéressant de noter que 5 % (resp. 1 %) de la population a un RAC supérieur à 851 € (resp. 1 890 €). Ces niveaux de RAC sont élevés d'autant qu'ils correspondent à la dépense réellement supportée par l'individu au cours de l'année. Les RAC-AMC moyens en dentaire et optique, qui s'élèvent respectivement à 45 et 34 euros, masquent une forte hétérogénéité : pour ces deux postes, le RAC est nul pour au moins 75 % des individus, correspondant à une dépense nulle ou quasi nulle.

Il est particulièrement intéressant de noter que l'indice de concentration sur le RAC-AMC ambulatoire (5 % des individus concentrant 38 % des RAC-AMC) est plus faible que celui des RAC-AMC de tous les postes de soins. Cela s'explique par le fait que les individus ne sont pas simultanément concernés par des RAC-AMC extrêmes sur tous les postes de soins. Pour identifier ces différents profils de consommateurs de soins ambulatoires, nous étudions plus finement les caractéristiques des individus supportant des RAC-AMC élevés.

3. Description des individus ayant des RAC extrêmes

Nous étudions les caractéristiques des 5% d'individus qui supportent les RAC-AMC les plus élevés par poste de soins. Le tableau 3 décrit ces groupes d'individus par poste de soins selon l'âge, le sexe, l'indice de salaire du fonctionnaire, la zone d'habitation et le fait d'avoir adhérer ou non à une sur-assurance santé. Nous montrons que quel que soit le poste de soins, les femmes et les individus plus âgés sont fortement surreprésentés parmi les 5% d'individus ayant les RAC-AMC ambulatoires les plus élevés.

Afin d'identifier d'éventuels profils d'individus « à risque », nous étudions le rôle de chaque caractéristique sur le fait de supporter des RAC AMC très élevés, nous modélisons la probabilité d'appartenir à cette sous population à travers un modèle Probit. Les résultats, présentés dans le tableau 4, confirment l'existence et l'ampleur de l'effet du genre : toutes choses égales par ailleurs, les femmes sont plus vulnérables et leur probabilité de supporter un RAC extrême est très significati-

vement supérieure à celle des hommes. Ce résultat est vrai pour le RAC AMC sur l'ensemble des dépenses ambulatoires mais également sur l'ensemble des postes de soins avec une ampleur très importante sur le poste des honoraires et de la pharmacie (resp + 5.9 pts et + 6.6 pts). De même, l'effet de l'âge est conforme aux effets attendus : le risque d'appartenir à cette sous population supportant des RAC AMC très élevés est d'autant plus forte que l'individu est âgé. Les résultats permettent en sus d'identifier que les restes à charges de pharmacie sont particulièrement critiques pour les individus au-delà de 65 ans. En effet, la probabilité qu'ils supportent des restes à charges extrêmes en pharmacie s'élève respectivement à 22% et 21% pour les 65-79 ans et les 80 ans et plus.

L'indice de salaire qui constitue un proxy du revenu du foyer joue un rôle particulièrement important sur la probabilité de supporter des RAC très élevés en dentaire (+7,5 pts pour les individus dont le souscripteur du contrat de base appartient

à l'indice de revenu le plus élevé). Sur le poste pharmacie, le revenu semble jouer en sens inverse : plus le revenu est élevé, plus le RAC AMC médicaments est significativement faible. Ce résultat, particulièrement intéressant, peut résulter d'un état de santé plus dégradé pour les individus les plus pauvres et ou d'une prise en charge tardive. En effet, il ne peut s'agir de différences dans les garanties de l'assurance maladie complémentaire car tous les individus disposent du même contrat de base et nous contrôlons d'une éventuelle souscription au contrat de sur-assurance. Le fait d'avoir souscrit le contrat de sur-assurance augmente si-

gnificativement le risque d'appartenir à la sous population d'individus supportant des RAC extrêmes sur le poste dentaire et autre (resp. + 1 pts et + 1,4 pts). Enfin, la région joue un rôle clé et l'île de France semble être une zone noire qui concentre une part importante des individus ayant des RAC AMC extrêmes, et ce particulièrement en ce qui concerne les RAC AMC sur les honoraires ; l'hypothèse la plus vraisemblable est celle des dépassements d'honoraires d'autant qu'on ne retrouve pas ces résultats sur le poste pharmacie pourtant assez lié.

4. Discussion

L'analyse des caractéristiques des patients qui supportent *in fine* des RAC très élevés, soit plus de 851 € sur l'année 2005, confirme les hypothèses souvent avancées mais révèle aussi des grandes différences entre les postes de soins concernés. Ainsi, les 5% d'individus ayant les RAC AMC les plus élevés en ambulatoires concentrent 38% du RAC AMC total. Pour les soins dentaires, le niveau de concentration atteint 81,5%. L'analyse des caractéristiques montre également que la concentration des RAC AMC concerne différents profils d'individus selon les postes de soins : par exemple, pour les RAC AMC en pharmacie, les plus vulnérables sont les

plus pauvres en mauvaise santé ; par contre, les individus les plus aisés ont une probabilité plus forte de supporter des RAC AMC extrêmes en optique et dentaire : au moins supérieurs à 246 € pour les soins dentaires et supérieurs à 255 € pour les soins optiques.. Il apparaît également que les caractéristiques de l'offre de soins jouent un rôle important pour le poste consultations via les dépassements d'honoraires. L'analyse des RAC AMC par poste de soins permet d'identifier des profils de population vulnérables pour lesquels des mesures ciblées pourraient éventuellement être envisagées.

Tableau 2 : Caractéristiques des 5% d'individus ayant les RAC AMC les plus élevés

	<i>RAC AMC</i>	RAC ambu extrême	RAC consult. extrême	RAC dent. extrême	RAC phar. extrême	RAC opt. extrême	RAC autres extrême	Ensemble
	<i>Nbre /%</i>	943	950	1 000	943	814	1 004	18 126
genre	Femme	56,0	66,5	42,7	71,8	43,5	48,4	37,4
	Homme	44,0	33,5	57,3	28,2	56,5	51,7	62,6
âge	< 20	2,7	5,5	10,2	2,4	2,7	6,3	19,6
	20/44	5,6	11,6	9,3	6,8	5,5	8,6	10,7
	45/64	48,0	51,5	50,5	48,4	65,9	41,9	45,6
	65/79	33,3	23,9	23,7	33,3	21,7	31,2	17,9
	≥ 80	10,3	7,5	6,3	9,2	4,2	12,0	6,2
Indice de salaire	Indice 1	7,6	8,9	4,4	13,1	4,5	8,9	6,1
	Indice 2	43,8	45,1	47,8	50,1	50,2	52,6	57,8
	Indice 3	25,1	21,5	23,0	20,4	23,7	21,4	20,5
	Indice 4	13,1	13,5	13,1	10,6	12,6	9,8	10,2
	Indice 5	10,5	11,0	11,7	5,8	9,0	7,4	5,5
Régions	Alsace Lorraine	6,8	6,8	5,5	7,0	5,3	8,0	6,0
	Aquitaine Midi-Py	12,5	9,7	14,0	12,5	11,8	16,5	15,4
	Champ. Ardenne	18,8	18,0	18,8	22,3	20,2	17,8	20,9
	Franche comté	2,2	1,7	2,1	3,6	2,5	3,0	2,6
	Île de France	12,5	17,3	12,5	6,7	10,1	10,9	7,8
	Lang. Roussillon	16,3	18,2	17,4	12,6	14,8	16,0	14,3
	Nord Pas de Calais	4,8	4,8	4,1	5,6	3,9	3,9	4,4
	Pays de Loire	16,0	14,7	13,1	22,8	18,3	12,3	16,9
	Rhône Alpes	10,3	9,0	12,7	7,0	13,0	11,6	11,8
Sur-assurance	Oui	27,0	25,4	27,0	27,7	14,0	29,9	20,5
	Non	73,0	74,6	73,0	72,3	86,1	70,1	79,5

Grille de lecture : Parmi les 5% d'individus qui ont in fine à leur charge les RAC ambulatoires les plus élevés, 56% sont des femmes vs 37% dans la population de l'échantillon.

Note : Le poste « Autre » regroupe la radiologie, les analyses, les auxiliaires médicaux, l'orthopédie, les cures thermales, le transport, la prévention et les actes chirurgicaux.

Tableau 3 : Modélisation de la probabilité d'appartenir au 5% d'individus ayant les RAC AMC les plus élevés

	RAC ambu extrême		RAC consult. extrême		RAC dent. extrême		RAC phar. extrême		RAC opt. extrême		RAC autres extrême	
	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.	EM	Pr.
Sexe - Ref: Hommes												
Femmes	3,9	***	5,9	***	1,3	**	6,6	***	1,7	***	2,5	***
Age - Ref: Moins de 20 ans												
Entre 20 et 44 ans	6,7	***	7,7	***	3,0	**	7,9	***	6,9	***	4,4	**
Entre 45 et 64 ans	7,8	***	5,7	***	3,3	***	7,9	***	10,4	***	4,3	***
Entre 65 et 79 ans	18,4	***	9,3	***	5,4	***	18,6	***	14,5	***	10,9	***
Plus de 80 ans	20,0	***	8,7	***	3,9	**	17,6	***	10,2	***	13,6	***
Indice de salaire du fonctionnaire : <= 300 pts												
Entre 301 et 400 points	-0,9	0,158	-2,3	**	0,9	0,289	-3,0	***	0,2	0,830	-0,8	0,244
Entre 401 et 500 points	1,1	0,132	-0,8	0,201	2,5	*	-1,8	***	1,4	0,150	-0,2	0,740
Entre 501 et 695 points	1,4	0,116	0,0	0,949	3,6	*	-1,4	**	2,0	0,090	-0,6	0,442
plus de 695 points	3,0	*	1,2	0,200	7,5	***	-1,4	**	3,1	*	0,3	0,741
Assurance - Ref: Sans surcomplémentaire												
Avec surcomplémentaire	0,2	0,520	0,0	0,907	1,0	**	0,4	0,124	-2,4	***	1,4	***
Région - Ref: Ile-de-France												
Champ. Ardenne, Picardie, Normandie, Centre	-1,5	**	-2,6	***	-1,7	**	1,0	0,125	-1,0	0,093	-1,8	**
Nord Pas de calais	-1,1	0,085	-1,9	***	-1,7	*	2,0	0,071	-1,5	**	-1,7	*
Alsace Lorraine	-0,5	0,411	-1,6	**	-1,5	*	1,7	0,088	-0,9	0,211	0,0	0,961
Franche comté	-1,6	*	-2,8	***	-2,1	*	2,2	0,111	-1,0	0,267	-0,7	0,486
Pays de Loire, Bretagne, Poitou Charente	-1,2	*	-2,3	***	-2,2	***	2,8	**	-0,6	0,322	-2,2	***
Aquitaine, Midi Pyrennés, Limousin	-1,8	***	-3,1	***	-1,7	**	0,2	0,764	-1,6	**	-1,0	0,108
Rhone Alpes, Auvergne	-1,4	**	-2,5	***	-1,0	0,135	-0,5	0,381	-0,3	0,662	-1,1	0,072
Languedoc Roussillon, PACA	-0,9	0,086	-1,6	***	-0,6	0,380	0,5	0,512	-0,9	0,118	-0,9	0,160
Pr (Y=1 / X=ref)	3,5		3,5		4,6		2,9		3,8		4,2	

EM: Effet marginal en points

Pr. : Prob que l'effet marginal soit nul

Note : Le poste « Autre » regroupe la radiologie, les analyses, les auxiliaires médicaux, l'orthopédie, les cures thermales, le transport, la prévention et les actes chirurgicaux.

Carine FRANC - Cermes3, Inserm U988 UMR 8211 / Aurélie PIERRE - IRDES

COMMENT LES SOINS PRIMAIRES PEUVENT-IL CONTRIBUER A REDUIRE LES INEGALITES DE SANTE ?

La réduction des inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé entre groupes sociaux, est aujourd'hui un objectif affiché en France comme dans de nombreux pays européens (pour une synthèse sur les inégalités de santé voir la lettre du CES de mars 2010 et Jusot, 2010a). La mise en place d'une telle politique nécessite de définir les leviers d'action possibles. Deux projets européens, DETERMINE et EUROTHINE ont analysé les actions portant sur les déterminants sociaux de la santé et recommandent la mise en place d'interventions visant à améliorer l'accès à l'éducation, les conditions de travail et de lo-

gement, et plus généralement, à réduire les inégalités de revenus. Le projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions) propose, quant à lui, d'étudier la possibilité de réduire les inégalités de santé au travers de politiques et d'actions mises en œuvre au sein du système de soins, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires. Dans le cadre de ce projet, une revue de littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions menées dans ce secteur, et qui ont montré leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, de consommation de soins ou de comportements liés à la santé.

Après un rappel des principaux arguments justifiant la mise en place d'interventions dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé, nous présentons les principales conclusions de la revue de littérature, avant d'en tirer les leçons dans le contexte français (voir Bourgueil et al., 2012 et Leleu et al., 2010 pour une présentation plus détaillée des résultats).

Les soins primaires : définition et théorie

Depuis sa définition lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, le concept de soins primaires est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Dans son acception opérationnelle, le concept de soins primaires renvoie aux notions de premiers recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires. Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels bien que la notion d'équipe associant d'autres professions soignantes et sociales, apparaisse plus à même de répondre à la complexité des situations présentes aujourd'hui dans le secteur ambulatoire.

L'intérêt, pour réduire les inégalités sociales de santé, de mener des actions dans le système de soins s'appuyant sur le secteur des soins primaires, a déjà été souligné (Couffinal et al., 2005). En théorie, si la population a un contact régulier avec son médecin généraliste, s'appuyer sur ce dernier et/ou l'équipe de soins en première ligne semble être un moyen de garantir l'accès universel aux soins, et plus largement de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé. Atteindre ce dernier objectif suppose d'aider les patients à réduire leurs comportements à risques et développer des comportements préventifs. En cas de maladie, les acteurs de soins primaires paraissent bien placés pour faciliter une bonne utilisation du système de soins par le patient, notamment des soins secondaires. De même, ils peuvent également favoriser une bonne observance des traitements et prescriptions ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie. Les compétences en santé s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, comme entre patients et professionnels) que par la communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et ce, dans tous les groupes sociaux, permet ces relations interindividuelles, et peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.

La réduction des inégalités de santé par les soins primaires en tant que principes organisateurs des systèmes de soins

La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé peut être appréhendée du point de vue systémique des principes d'organisation des systèmes de santé.

Des études comparatives ont montré des inégalités dans la consommation de soins dans tous les systèmes de santé européens (par exemple, Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or et al., 2009 ; Jusot et al., 2012 ; Devaux et de Looper, 2012). Ces inégalités sont importantes pour les soins de spécialistes, les soins dentaires et optiques ou encore les soins préventifs, alors que le recours aux soins de généralistes est plus équitablement réparti. Cependant, les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité et où les médecins généralistes jouent le rôle de gatekeeper (Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or et al., 2009), les inégalités sociales de santé étant par ailleurs réduites dans les pays où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante (Dahl et al., 2006 ; Eikemo et al., 2008).

Par ailleurs, l'analyse des politiques mises en oeuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé souligne tout d'abord que ce sont les pays d'Europe structurés selon les principes des soins primaires, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, qui ont été les premiers à mettre en oeuvre de véritables stratégies de réduction des inégalités sociales de santé (Jusot, 2010). Ainsi au-delà d'interventions isolées, c'est le principe même d'une organisation globale et intégrée du système de santé qui semble permettre l'émergence de politiques publiques coordonnées se donnant comme objectif affiché la lutte contre les inégalités, ce qui, selon Whitehead (2008), est une démarche nécessaire pour atteindre cet objectif. Des travaux comparatifs ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, sont en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires « faibles », car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées (Macinko et al., 2003).

Sans aller jusqu'à une organisation du système de santé autour des soins primaires, des interventions isolées mobilisant ce secteur peuvent également être envisagées pour réduire les inégalités de santé.

Les soins primaires : un secteur cible d'interventions efficaces pour réduire les inégalités de santé

La revue de littérature réalisée dans le cadre du projet AIR visait à identifier les articles publiés de janvier 2000 à février 2010 proposant une évaluation des effets – par groupes socio-économiques ou pour des groupes défavorisés - d'interventions menées dans le secteur des soins primaires sur l'état de santé, la consommation de soins ou les comportements à risques. 98 interventions ayant donné lieu à une publication isolée et dix revues de littérature ont été retenues. La plupart de ces interventions avaient été menées aux États-Unis (80 %), les autres au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en France et en Hongrie. L'analyse de ces interventions a conduit à les regrouper en trois ensembles.

Les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins

Le premier ensemble regroupe les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou l'amélioration de la couverture assurantielle. L'offre de soins gratuits peut concerner l'ensemble de la population ou au contraire être limitée aux populations les plus pauvres et inclut les mesures de dépistage et de vaccination gratuits, les soins dentaires gratuits, mais également le recours à des safety net hospitals. L'amélioration de la couverture assurantielle concerne le plus souvent certaines catégories de population et passe par l'offre d'une assurance gratuite ou subventionnée, la réduction du ticket modérateur ou encore des mesures visant à simplifier les démarches pour faire valoir les droits aux assurances publiques.

La littérature établit clairement que la couverture complète du coût des soins des populations auparavant non couvertes augmente leur recours et permet une amélioration de leurs résultats sanitaires, en particulier chez les plus pauvres et les enfants. Ces conclusions ont été établies à partir des modifications des critères d'éligibilité à Medicaid aux États-Unis ou de la mise en œuvre de la CMU en France et sont aussi comparables aux résultats des deux grandes expériences menées aux États-Unis sur cette question : les expériences conduites par la RAND dans les années 1970 ou, récemment, dans l'Oregon.

Cependant, on observe un non recours pour l'ensemble de ces dispositifs. Le non recours est particulièrement important dans le cas de subventionnement de l'assurance, comme par exemple dans le cas de l'aide complémentaire santé en

France, en raison du coût laissé à la charge du patient, mais existe également pour des dispositifs visant à fournir des assurances gratuites aux plus pauvres, comme Medicaid aux États-Unis et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en France, en raison d'une mauvaise connaissance des critères d'éligibilité, de la complexité des démarches ou encore par la peur d'une stigmatisation associée au bénéfice d'une aide sociale. Par ailleurs, des différences de niveaux de qualité des soins entre les soins gratuits et payants ont été observées et les patients disposant d'une couverture gratuite peuvent être victimes de refus de soins lorsque le dispositif s'accompagne d'une moindre rémunération pour les médecins.

Les actions de prévention ciblées

Les actions menées dans le domaine de la prévention occupent une place prédominante au sein de cette revue de la littérature. Elles concernent aussi bien la prévention primaire, avec des interventions visant à prévenir l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, à promouvoir la vaccination, à lutter contre la transmission du virus VIH, à lutter contre la consommation de tabac et de drogues, que la prévention secondaire, avec le dépistage des maladies cardio-vasculaires, du diabète, et des cancers.

La plupart de ces interventions s'adresse à des groupes de populations spécifiques et vise donc assez directement à réduire les inégalités de santé. La littérature souligne alors la nécessité de fournir une information adaptée tant d'un point de vue culturel que linguistique, plutôt que de mettre en œuvre des campagnes de masse. La réduction des barrières culturelles et informationnelles semble d'autant plus efficace lorsque cette information adaptée est transmise par des éducateurs non professionnels ou par des professionnels bilingues (infirmières, éducateurs, cliniciens). Le suivi téléphonique ou les visites régulières, l'accompagnement personnel et le travail social de proximité semblent contribuer au succès de ce type d'action. Toutefois, la mise en place d'un dialogue culturellement adapté est difficile car elle implique un nombre important d'interventions de petite taille et sur mesure. La création d'un cadre légal ou/et financier (intervention chapeau) semble alors faciliter la mise en œuvre de celles-ci, comme les ateliers-ville en France.

Le rôle joué par les médecins de soins primaires dans la prévention n'apparaît pas clairement dans la littérature. Même si le constat de faibles inégalités d'accès aux médecins généralistes en Europe joue

en faveur de leur attribuer un rôle central dans la prévention, la plupart des interventions dans ce domaine ont été réalisées dans le cadre de la communauté plutôt qu'au sein des structures de soins.

Les mesures visant à améliorer la qualité des soins

Les initiatives et mesures contribuant à améliorer la qualité des soins recouvrent notamment des changements dans l'organisation des soins – mise en place de programmes de disease management pour la prise en charge des maladies chroniques, managed care, promotion du travail en équipe – ainsi que des mesures d'ordre financier telles que le paiement à la performance par objectif. Ces mesures s'inscrivent en général dans de plus vastes réformes des systèmes de santé et n'ont pas été mises en oeuvre directement dans une perspective de réduction des inégalités de santé. Elles ne sont donc pas orientées vers une population spécifique, comme les populations étrangères ou les plus pauvres, mais vers la population générale, mais certaines ont été évaluées au regard de l'objectif de réduction des inégalités de santé.

La collaboration entre les professionnels de santé et les programmes de disease management orientés vers des populations défavorisées semblent présenter une certaine efficacité en termes de réduction des inégalités de santé. Par exemple, le travail en équipe avec une infirmière spécialisée a contribué à réduire les symptômes de dépression dans une population à faible niveau de revenus. De même, les programmes de disease management pour l'insuffisance cardiaque et le diabète ont amélioré respectivement les symptômes et la qualité des soins dans les populations immigrées.

On aurait pu supposer que le paiement à la performance, qui propose des incitations financières dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, offre la possibilité aux praticiens, notamment, de consacrer plus de temps aux populations fragilisées. Cependant, l'évaluation du Quality Outcome Framework (QOF), l'initiative britannique du paiement à la performance, donne des résultats contradictoires. Par exemple, si le QOF semble avoir réduit les différences sociales pour les indicateurs de pression sanguine, il n'a eu aucun effet sur les indicateurs du diabète. De même, le paiement à la capitation dans le cadre du managed care, n'a pas amélioré spécifiquement la prise en charge des populations vulnérables. Enfin, les initiatives expérimentales locales mises en oeuvre spécifiquement pour réduire les inégalités de santé, qui renvoient le plus souvent à des nouveaux services proposés dans les zones défavorisées ont des résultats assez décevants.

Quels enseignements dans le contexte français ?

Les soins primaires définis comme de premiers recours, ne constituent pas en France un axe aussi structurant de la politique de santé qu'il l'est au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves. Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par les perspectives d'évolution de la ressource humaine disponible en santé, le vieillissement de la population, ont été principalement sectorielles (urgences, réseaux par pathologies, plans par problèmes de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer...). L'ensemble des évolutions récentes en France (réforme du médecin traitant en 2004, création des agences régionales de santé, schémas régionaux d'organisation des soins ambulatoires, soutien aux organisations collectives comme les maisons de santé, introduction du paiement à la performance avec le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) témoigne d'un intérêt croissant pour une plus grande organisation des soins ambulatoires. Cependant, au-delà de la superposition de mesures et d'actions sectorielles et locales en France, se pose la question d'une approche plus intégrée mais également plus contraignante à l'égard des professionnels et des patients pour organiser les parcours de soins entre différents niveaux de soins.

C'est également dans ce contexte que semble émerger la volonté de définir une politique de réduction des inégalités de santé qui irait au-delà de l'égalité d'accès aux soins défendue par la loi Hôpital, patients, santé, territoires. En effet, le plan cancer 2009-2013 met en avant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé comme une question transversale. La France associe dans le même mouvement volonté politique de réduction des inégalités de santé et organisation des soins de santé primaires.

Deux options, non exclusives l'une de l'autre, sont donc possibles pour mettre en oeuvre cette politique de réduction des inégalités de santé en s'appuyant sur les soins primaires. La première consiste à emprunter les nombreuses pistes offertes par les actions isolées et les interventions diverses, orientées vers des publics ciblés en articulation avec les acteurs du système de soins plutôt que passant par eux. La revue de la littérature montre qu'elles ont une efficacité pour lutter contre les inégalités de santé, là où elles sont menées. En France, les Ateliers santé-ville et les futurs contrats locaux de santé peuvent s'apparenter à ce type d'intervention. La seconde option, plus structurelle, reposerait sur une modification de l'organisation du système de santé français autour des soins primaires, par exemple

en renforçant le rôle du médecin traitant au sein de l'équipe de soins, en adaptant les modes de rémunération des médecins et des autres professionnels de santé libéraux, voire en rendant les soins primaires gratuits pour une population plus large que les seuls bénéficiaires de la CMU-C.

Quelles que soient les mesures adoptées dans le champ des soins primaires, l'évaluation de leurs impacts sur les inégalités de santé, au moment de leur conception comme après leur mise en œuvre, paraît nécessaire.

Le très faible nombre de publications françaises sur ces thématiques témoigne à ce titre d'un enjeu pour les acteurs de la recherche en santé.

Yann BOURGUEIL
IRDES ; Prospere

Florence JUSOT
Université de Rouen ; IRDES ; PSL,
Université Paris-Dauphine, Leda-Legos

Henri LELEU
IRDES et le groupe AIR Project

Références

Bago d'Uva T. et Jones A. M. (2009).

"Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP", *Journal of Health Economics*, 28 : 265-279.

Bourgueil Y., Jusot F., Leleu H. (2012).

« Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, 179.

Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. (2005).

« Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, Série Synthèse, n° 92, juin.

Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. (2006).

"Welfare state regimes and health inequalities", in Siegrist J., Marmot M. (Eds), *Social inequalities in health – New evidence and policy implications*, Oxford University Press : 193-221.

Devaux, M., de Looper M. (2012).

"Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009", *OECD Health Working Papers*, No. 58.

Eikemo T.A., Huisman M., Bambra C., Kunst A.E. (2008).

Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries, *Sociology of Health & Illness*, Volume 30, Issue 4, pages 565-582, May.

Jusot F. (2010a).

« Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ? », Note pour le Club Hippocrate, en ligne sur le site du CES : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/upload/note_synthese/Club_Hippocrate/C.H.F.2.pdf

Jusot F. (2010b).

« Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe », In *Réduire les inégalités sociales en santé*, Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. (sous la dir.), Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action : 73-88.

Jusot F., Or Z., Sirven N. (2012).

"Variations in Preventive care utilisation in Europe", *European Journal of Ageing*, 9, 1 : 15-25.

Leleu H., Jusot F., Bourgueil Y. (2010).

« Addressing Inequalities in Regions: Literature review », WP4 - Final report, <http://www.air.healthinequalities.eu/sites/default/files/Rapport%20WP4%20Final.pdf>.

Macinko J., Starfiels B., Shi L. (2003).

"The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998", *Health Serv Res*, 38 (3) : 831-65.

Or Z., Jusot F., Yilmaz E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2009).

« Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? », *Revue Économique*, 60, 2 : 521-543.

Whitehead M. (1998).

La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Politiques publiques et pratiques professionnelles, ENSP, 2008.



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :
CES - Site CNRS - Bâtiment E - 7, rue Guy Môquet – 94802 Villejuif
Tél. : +33 (0)1 49 58 33 72 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : economistesdelasante@gmail.com

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

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.
Secrétariat de rédaction : Laurie Bréban.
Réalisation : Louyot.
ISSN : 1953-6755