

# Le rôle du système de soins

## Chantal Cases, Ined



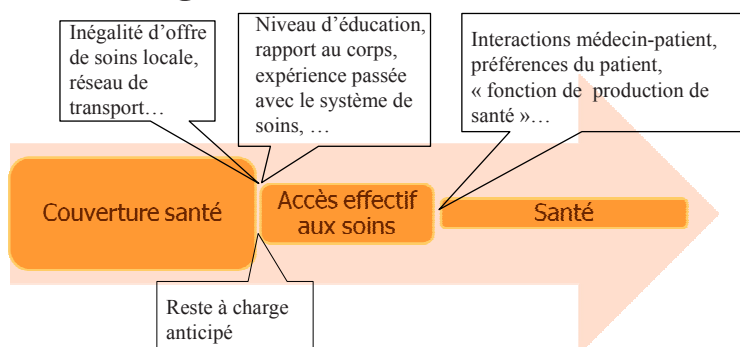
*Economiste et statisticienne, **Chantal Cases** est depuis octobre 2009 directrice de l'Institut national d'études démographiques (INED), après plusieurs années à la direction de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Elle est membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, du Haut Conseil de santé publique, où elle vice-préside la commission « Évaluation, stratégie et prospective » et elle est également membre de la Conférence nationale de santé.*

*Ses recherches récentes portent sur l'assurance complémentaire santé en France, l'évaluation des réformes des systèmes de santé, les conditions de vie des malades chroniques et les inégalités sociales de santé.*

Le rôle du système de soins en matière d'inégalités sociales de santé est souvent moins considéré que celui de l'ensemble des facteurs sociaux ou comportements individuels. Il est vrai que ces derniers sont essentiels. Je voudrais cependant vous convaincre que le système de soins a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé.

La politique de santé s'est très largement concentrée sur les droits à l'accès aux soins et notamment sur la couverture santé universelle qui permet à chacun d'accéder au système de soins dans les meilleures conditions. C'est important mais cela ne suffit pas. L'accès à la couverture santé ne garantit pas que les personnes concernées accèdent effectivement aux soins. Les barrières sont nombreuses. Le rôle de l'inégalité d'offres de soins a été évoqué dans une précédente présentation. J'insisterai pour ma part sur les questions de barrières financières. Christian Baudelot a également mentionné des facteurs ayant trait au rapport au corps mais aussi aux expériences passées avec le système de soins qui peuvent, pour certaines catégories de personnes, décourager l'accès aux soins.

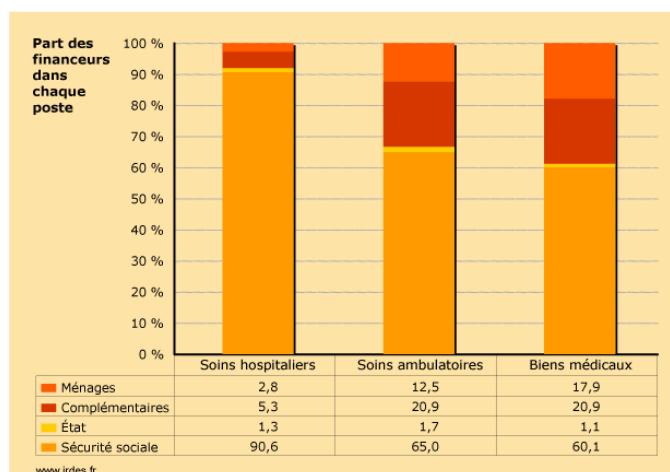
## En guise d'introduction...



... **Permettre un égal accès aux soins est une condition nécessaire, mais pas suffisante, de l'égalité réelle des soins prodigués, ni de l'égalité en santé**

La couverture santé ne garantit pas un accès effectif aux soins et un accès effectif aux soins ne garantit pas une égalité des soins prodigués, bien que les professionnels de santé soient dans l'ensemble tout à fait persuadés qu'ils traitent leurs malades de la même façon. L'accès au droit n'est pas tout en matière de système de soins. Le droit d'accès aux soins est maintenant universel. Il a achevé son « universalisation » en 2000 avec la mise en place de la CMU. L'assurance publique de base couvre en moyenne un peu plus des trois-quarts de la dépense de soins des personnes. Une assurance complémentaire gratuite pour les plus pauvres a été mise en place en 2000. Il s'agit de la couverture maladie universelle complémentaire. En 2005, le système a été complété par une aide à la souscription d'assurances complémentaires pour les revenus dépassant de 20 % le seuil de la CMU établi à 627 euros. Toutes ces mesures ont considérablement amélioré la situation des plus pauvres. Les évaluations, en particulier de la CMU, ont bien montré que sa mise en place s'était accompagnée d'un meilleur accès aux soins des personnes les plus défavorisées. La CMU n'a cependant pas complètement comblé le fossé entre les plus pauvres et les catégories les plus favorisées.

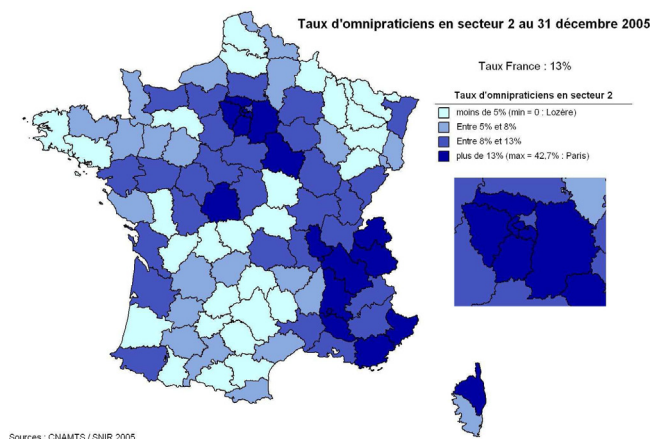
## ... mais l'assurance de base couvre une part variable des soins



Toutefois, l'assurance publique de base couvre une part variable des soins. Si la plus grande partie des soins hospitaliers est effectivement couverte par l'assurance maladie, les soins ambulatoires sont beaucoup moins bien couverts en moyenne et les biens médicaux ne sont couverts qu'à 60 % des dépenses de soins. En France, l'assurance complémentaire santé couvre une part non négligeable de ces dépenses. Ainsi, certaines dépenses d'optique ne sont couvertes qu'à 4 % par l'assurance maladie publique.



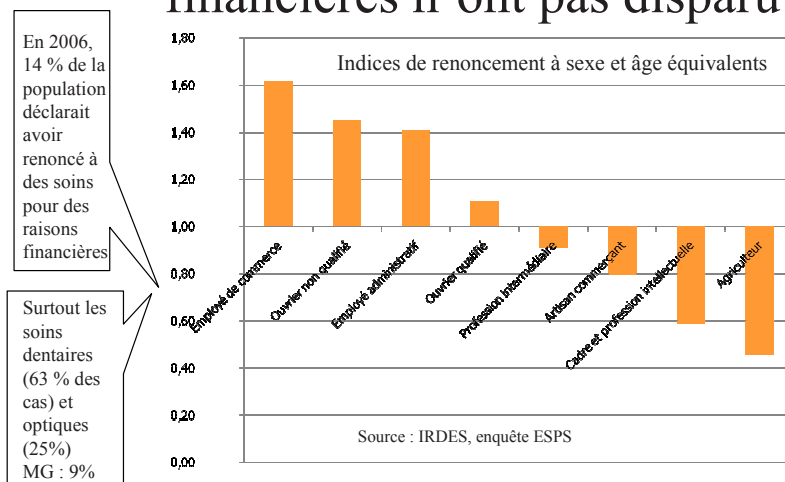
## et l'accès ne se fait pas toujours aux tarifs opposables...



En outre, l'assurance publique ne prend en charge que sur la base des tarifs opposables. Or une partie des médecins ont, par convention, le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires. La répartition sur le territoire des praticiens pratiquant les dépassements d'honoraires est très hétérogène. A Paris, par exemple, 43 % des médecins généralistes sont dans ce cas. Il peut par conséquent y avoir des zones du territoire où il est plus difficile que dans d'autres d'accéder à des tarifs opposables sur lesquels sont fondés les remboursements de l'assurance publique, mais aussi d'une part non négligeable des assurances complémentaires. Pour celes-ci, les contrats ne prenant pas en charge les dépassements sont les plus nombreux.

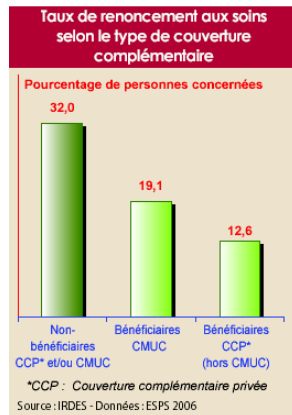
En conséquence, ce n'est pas parce que nous avons une couverture santé universelle et une assurance publique de très bon niveau avec un large panier de soins que les barrières financières n'ont pas disparu.

## ...en conséquence, les barrières financières n'ont pas disparu



Ainsi, tous les deux ans, l'Irdes réalise une enquête en population générale dans laquelle est posée la même question, à savoir « avez-vous renoncé au cours des douze derniers mois à des soins de santé pour des raisons financières ? ». En 2006, 14 % de la population déclarait effectivement avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Le gradient social est extrêmement visible : ce sont les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés qui renoncent le plus aux soins pour lesquels les tarifs opposables sont les plus bas et la prise en charge de l'assurance publique la plus faible, c'est-à-dire les soins dentaires et les soins optiques. Dans 9 % des cas de renoncement, les personnes interrogées déclarent également avoir renoncé à des soins de médecine générale.

## L'absence de complémentaire contribue aux renoncements...



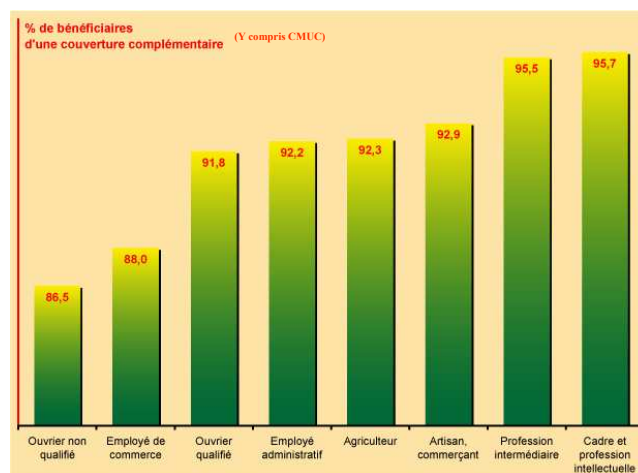
- Toutes choses égales par ailleurs, **les renoncements aux soins pour raisons financières sont deux fois plus fréquemment déclarés** chez les personnes sans complémentaire santé
- Il est difficile d'évaluer les **conséquences pour la santé** de ces renoncements

L'absence d'assurance complémentaire contribue très nettement au renoncement. Toutes choses égales par ailleurs, les renoncements aux soins pour des raisons financières sont deux fois plus fréquemment déclarés chez les personnes sans complémentaires santé. Il est évidemment difficile d'évaluer les conséquences pour la santé de ces renoncements. Il apparaît néanmoins que les états de santé sont également très diversifiés selon les catégories, et détériorés parmi les catégories les moins favorisées. Il est par conséquent difficile de soutenir l'absence de liens entre ces deux constats.

## ... et le bénéfice d'une complémentaire santé est socialement marqué

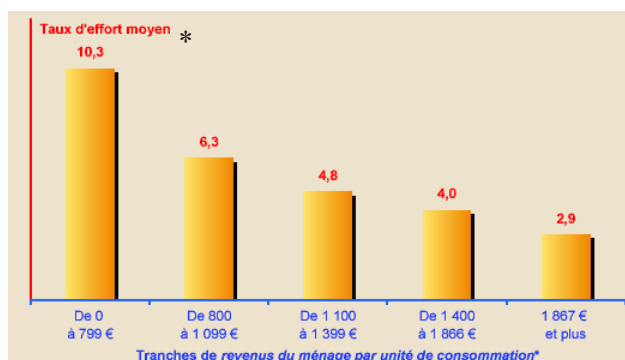
Le plus faible taux de couverture = les chômeurs (82%)

Source : Enquête ESPS 2006



Le bénéfice des complémentaires santé est lui aussi très socialement marqué. La couverture complémentaire santé est très répandue en France. Toutefois, le plus faible taux de couverture concerne les chômeurs qui ne déclarent qu'à 82 % bénéficier d'une assurance contre 93 % pour la moyenne de la population. Le gradient social est important.

## Contrats individuels : des taux d'effort parfois élevés, malgré les aides publiques



Source : IRDES, enquête ESPS 2006

\* Calcul à partir des cotisations et revenus déclarés par les ménages, contrats individuels seulement

Si l'on s'intéresse aux garanties couvertes, il apparaît que les contrats de complémentaires santé proposent des garanties qui s'améliorent au fur et à mesure que le niveau social augmente et qui sont évidemment fonction des tarifs proposés. Il y a par conséquent, à travers tous ces résultats, une question sur la capacité financière à recourir à une complémentaire santé.

Il existe également des barrières non financières, au sein du système de santé, à l'accès primaire aux soins. Certaines barrières sont liées à l'inégale densité géographique de l'offre ou du réseau de transport, notamment s'agissant des soins spécialisés. Un certain nombre d'études, en termes de comparaison internationale des systèmes de santé, montrent qu'il existe également des barrières systémiques : les systèmes nationaux de santé pour lesquels il existe une organisation de l'accès aux soins de second recours sont des systèmes où les inégalités sociales de santé liées aux systèmes de soins sont les moins importantes. Au-delà de la densité géographique, les choix d'organisation des systèmes de santé peuvent donc être plus ou moins favorables à la réduction des inégalités sociales.

Les barrières à l'accès aux soins sont également individuelles. Elles ont été largement évoquées dans une précédente présentation. Le niveau d'éducation, le rapport au corps et à la maladie, la préférence pour le présent, les expériences passées avec le système de soins construisent une relation et une envie différenciées entre les catégories de recourir aux soins en cas de difficultés. Il existe aussi des barrières de la part de certains professionnels à l'encontre de certaines catégories de patients. Les travaux réalisés sur les refus de rendez-vous aux personnes bénéficiaires de la CMU ont montré qu'une proportion non négligeable de praticiens refusait de prendre en charge cette catégorie de patients, laquelle subissait un décalage des soins, plus ou moins important dans le temps, lié à la recherche d'un professionnel ou d'un établissement de santé acceptant de les accueillir.

Une fois l'accès primaire aux soins acquis, des inégalités subsistent encore dans l'accès à des soins spécialisés et les filières de soins empruntées. Ainsi, les personnes avec les diplômes les plus bas privilégient deux fois plus souvent des structures de proximité pour l'accès aux plateaux techniques (IRM, endoscopie digestive haute, cholécystectomie)<sup>1</sup>. Etre éloigné des centres spécialisés de référence dans la prise en charge oncologique, mais aussi résider dans une zone caractérisée par une plus grande précarité économique et sociale réduisent la probabilité des patients d'accéder à des soins spécialisés dans des centres de référence<sup>2</sup>. Ces données datant de 2006, nous pouvons espérer que les mesures inscrites dans les différents Plan Cancer et une plus grande lisibilité permettront de combler en partie ces différences.

Enfin, les résultats des soins prodigués peuvent varier selon le niveau social. Les progrès thérapeutiques se diffusent plus rapidement dans les groupes sociaux favorisés. Les professionnels peuvent aussi prendre des décisions différentes selon leur proximité socioculturelle avec le patient. Ils peuvent notamment proposer des dépenses supplémentaires aux patients pouvant les payer. La qualité du diagnostic dépend de proximité socioculturelle entre le patient et le médecin. Elle dépend également de la prévalence du problème de santé dans le groupe social auquel appartient le patient (réel ou stéréotypé). La décision médicale est souvent prise en prenant en compte d'autres éléments que le diagnostic : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance, etc. Or les recommandations de pratique médicale prennent rarement en compte les facteurs psychosociaux ou économiques. A mon sens, le système de soins pourrait beaucoup progresser en reconnaissant ces questions et en acceptant de les prendre en charge de façon explicite.

---

1 Le Fur et al., 2000

2 Blais et al., 2006 ; Chinaud et al., 2005 ; Dejardin et al., 2006

Je conclurai en abordant la question du gradient social des soins de prévention. Là encore, les actes de prévention médicalisée profitent souvent davantage aux catégories sociales les plus aisées, même en l'absence de barrière financière.

Il y a quelques années, par exemple, un bilan bucco-dentaire a été proposé gratuitement aux adolescents. L'évaluation de ce bilan opérée par l'Irdes en 2002 a permis de montrer que ce dernier avait eu un effet positif sur le recours aux soins dentaires préventifs des adolescents appartenant aux familles modestes mais pas sur celui des familles les plus en difficulté. Les adolescents rencontrant des problèmes scolaires et qui n'ont jamais reçu de conseils bucco-dentaires en bénéficient très peu. Le problème persistait donc, alors que cette action a été imaginée pour rompre la barrière financière des soins dentaires.

Autre exemple : le dépistage des cancers du col ou du sein est significativement plus fréquent pour les femmes les plus diplômées, même à couverture complémentaire santé comparable. De la même façon, il existe un gradient social pour le dépistage du cancer du colon chez les hommes. Les études les plus récentes montrent néanmoins qu'un dépistage bien organisé peut s'accompagner d'une réduction des inégalités de recours quand bien même nous ne sommes pas parvenus à les annuler complètement.

Le système de soins a donc aussi un rôle à jouer dans la réduction des inégalités sociales de santé :

- à travers la réduction des barrières financières ;
- à travers une information et une orientation adaptées des patients dans les filières de soins ;
- à travers le développement de protocoles de soins adaptés ;
- à travers une prise en compte explicite de la réduction des inégalités dans l'ensemble des politiques de santé.

