

Cette présentation a été effectuée le 17 novembre 2008, au cours de la Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Inégalités sociales de santé et de soins

Le couple inégalités par omission, inégalités par construction

Thierry Lang

INSERM U 558

IFERISS

(Institut Fédératif d'Etudes et de Recherche Interdisciplinaires Santé Société)
Toulouse, France

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Plan

Accès primaire / secondaire

Les trois acteurs

Accès aux soins et précarité

Population générale

Accès primaire

Accès secondaire

Inégalités par omission et par construction

En guise de conclusion

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Accès primaire, accès secondaire

Accès primaire:

premier contact avec le système de soins pour un problème de santé

Accès secondaire:

ensemble des procédures de soins qui suivent le premier contact : trajectoires, examens, diagnostics, traitements, suivi

Accès théorique, accès et utilisation réels

Accès primaire

Accès théorique

Accès réel

Accès secondaire

Utilisation réelle

Efficacité, qualité, pertinence

Accès théorique, accès et utilisation réels ou efficacité ?

Accès théorique

Systemes d'assurance et de solidarité

Accès réel

Accessibilité sociale, géographique, culturelle, interactions culturelles

Utilisation réelle

observance, attendance

Efficacité et pertinence

pertinence des recours, décisions médicales,

Plan

Accès primaire / secondaire

Les trois acteurs

Accès aux soins et précarité

Population générale

Accès primaire

Accès secondaire

Inégalités par omission et par construction

En guise de conclusion

Les trois acteurs



J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Plan

Accès primaire / secondaire

Les trois acteurs

Accès aux soins et précarité

Population générale

Accès primaire

Accès secondaire

Inégalités par omission et par construction

En guise de conclusion

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Obstacles aux soins

Pour les personnes en situation précaire

- financiers : absence de droits, remboursements partiels
- administratif et institutionnel: cloisonnement des institutions...
- individuels : complexité des situations personnelles
- psychosocial: réticences des professionnels de santé

Précaires

SYSTÈME DE SANTE

Difficultés financières

Accès au système

PATIENTS

Légitimité de la demande

Autres priorités
que la santé

PERSONNELS DE SANTE

Refus de soins

Inégalités d'accès primaire et précarité

par refus (du professionnel) _____

ou renoncement (de la personne)

Refus de soins à des patients pris en charge par la CMU

Catégorie	Refus
Généralistes conventionnés	2%
Ensemble des généralistes	5%
Ensemble des spécialistes	41%
Dentistes	39%

Couverture Maladie Universelle, dans un département français (Despres et al, 2006)

Inégalités d'accès primaire et précarité

- Logique économique
- Confusion entre assistance et solidarité
- Anticipations sur les bénéficiaires:
patients « à problèmes », mauvaise observance des
traitements ou suivi des rendez-vous...

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Inégalités d'accès primaire et précarité

par refus du professionnel

renoncement de la personne

- légitimité
- priorités

Précarité et gradient social: un continuum d'obstacles

- visibles en matière de précarité et d'exclusion
- mal connus en matière d'inégalités sociales de santé

Obstacles aux soins

Pour les personnes en situation précaire

⇒ Et inégalités sociales

- **financiers** : absence de droits, remboursements partiels
 - ⇒ contenu des couvertures complémentaires ?
- **administratif et institutionnel**: cloisonnement des institutions...
 - ⇒ utiliser au mieux un système disparate
- **individuels** : complexité des situations personnelles
 - ⇒ accessibilité du système ?
- **psychosocial**: réticences des professionnels de santé
 - ⇒ interactions entre malades et professionnels de santé mal connues

Plan

Accès primaire / secondaire

Les trois acteurs

Accès aux soins et précarité

Population générale

Accès primaire

Accès secondaire

Inégalités par omission et par construction

En guise de conclusion

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Précaires

SYSTÈME DE SANTE

Difficultés financières

Accès au système

PATIENTS

Légitimité de la demande

Autres priorités

que la santé

PERSONNELS DE SANTE

Refus de soins

Population générale, « intégrée »

Accès primaire

Assurance maladie_____

Couverture

complémentaire

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Renoncement aux soins pour raisons financières

- en 2002: 11% de la population
- en 2004: 13%

Quels soins?

- Soins dentaires : 49%
- lunettes ou lentilles : 18%
- soins de spécialistes: 9%

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008
Source: IRDES.in Etat de la Population française 2006. DREES.

Précaires

SYSTÈME DE SANTE

Difficultés financières

Accès au système

PATIENTS

Légitimité de la demande
Autres priorités
que la santé

PERSONNELS DE SANTE

Refus de soins

Population générale, « intégrée »

Accès primaire

Assurance maladie ____
Couverture
complémentaire

Accessibilité
géographique et sociale

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Précaires	Population générale, « intégrée »
SYSTÈME DE SANTE	Accès primaire
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale
PATIENTS	
Légitimité de la demande	Légitimité
Autres priorités que la santé	Priorités _____
PERSONNELS DE SANTE	
Refus de soins	
J. Santé Publique, Québec, Nov. 2006	

La santé n'est pas toujours une priorité
Données après une catastrophe, explosion de l'usine AZF,
Toulouse, 21 sept. 2001

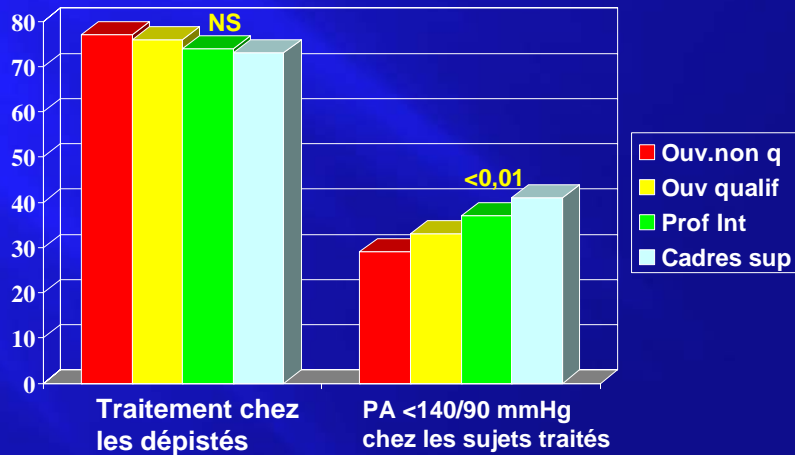
Aide psychologique	Hommes (%)	Femmes (%)
Parmi ceux qui ont ressenti le besoin (N=92)		
Ce n'était pas prioritaire	47	36
Déficits auditifs		
Plus de 30% des salariés qui avaient des signes fonctionnels et une perte auditive > 39 dB n'ont pas consulté		
Source: enquête en population générale InVS, 2003		

Précaires	Population générale, « intégrée »
	Accès primaire
SYSTÈME DE SANTE	
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale
PATIENTS	
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités
PERSONNELS DE SANTE	
Refus de soins	Démographie médicale
J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008	

Plan
Accès primaire / secondaire
Les trois acteurs
Accès aux soins et précarité
Population générale
Accès primaire
Accès secondaire
Inégalités par omission et par construction
En guise de conclusion
J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Inégalités sociales de santé et résultats des soins

Contrôle thérapeutique de l'hypertension artérielle



IHPAF Study. Hypertension, 2002

	Population générale, « intégrée »	
	Accès primaire	Accès secondaire
Précaires		
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge_____
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	
PATIENTS		
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités	
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	

Participation financière des ménages

Conséquences d'un accroissement de la participation Deux « expérimentations »

Medi-Cal

215 adultes suivis 6 mois après l'arrêt de MEDI-CAL en 1982

-Rand Experiment

3 958 adultes (14-61 ans) tirés au sort entre 4 groupes
(3 « participation aux frais » ; 1 « soins gratuits »)

=> peu d'effet sur classes aisées et moyennes
=> dégradation état de santé et facteurs de risque
cardiovasculaire dans les catégories défavorisées

Sources : *N Engl J Med 1984;311:480-4 et JAMA 1985;254:1926-31.*

Précaires	Population générale, « intégrée »	
	Accès primaire	Accès secondaire
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge _____
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	Plateau techniques ____
PATIENTS		
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités	
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	

Accès aux plateaux techniques (endoscopie, IRM genou, cholécystectomie)

Se rendent dans l'établissement le plus proche de leur domicile

Niveau d'études

< 2^{ème} cycle: 50%

Etudes > 2eme cycle: 25%

P Le Fur et al. Questions en économie de la santé. Juillet 2000.

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

	Population générale, « intégrée »	
Précaires	Accès primaire	Accès secondaire
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	Plateau techniques
PATIENTS		
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités	Observance
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Précaires	Population générale, « intégrée »	
	Accès primaire	Accès secondaire
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	Plateau techniques
PATIENTS		
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités	Observance
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	Relation soignant-soigné

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Précaires	Population générale, « intégrée »	
	Accès primaire	Accès secondaire
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	Plateau techniques
PATIENTS		
Légitimité de la demande Autres priorités que la santé	Légitimité Priorités	Observance
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	Relation soignant-soigné Prises de décisions

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

SOINS CURATIFS ET PRISE EN CHARGE DES EVENEMENTS AIGUS CORONARIENS

Cadres supérieurs comparés aux autres catégories d'actifs*

Aucune différence concernant les traitements intra-hospitaliers,
médicaux, chirurgicaux ou interventionnels

* ajusté sur âge, gravité, région.

France, Données des registres MONICA. Hommes, 35-65 ans.
605 and 695 événements aigus analysés en 1985-87 et 1989-91

Lang, J Epidemiol Comm Health 1998;52:665-71.

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

SOINS CURATIFS ET PRISE EN CHARGE DES EVENEMENTS AIGUS CORONARIENS

Cadres supérieurs comparés
autres catégories d'actifs

odds-ratio ajusté aux
sur âge, gravité, région

Survie à 28 jours

2,5

Probabilité d'être hospitalisé

2,5

Coronarographie
avant l'événement aigu

1,8

France, Données des registres MONICA, Hommes, 35-65 ans.

Lang, J Epidemiol Comm Health 1998;52:665-71.

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Le rôle des professionnels de santé

CONSOMMATION ET TYPE DE PRESTATIONS COMPARAISON D'UN ECHANTILLON DE BENEFICIAIRES DU RMI A L'ENSEMBLE DES ASSURES DE LA CPAM DES BOUCHES-DU-RHONE

ORIGINE DE LA DEMANDE

	RMI	Prestations	CPAM
PATIENT 1 ^{er} groupe	2,6	Consultations (nbre)	3
	0,6	Visites (nbre)	0,8
	1,00	Frais de séjour privés (journées)	0,9
MEDECIN 2 ^{em} groupe	15,7	Actes en K et KC (nbre)	21
	185	Pharmacie (francs)	693
	102	Biologie (en coef. B)	142
	8,1	Radiologie (en coef. Z)	16
	5,8	Soins dentaires (coef.)	12
	6,2	Masso-kinésithérapie (coef.)	15
	2,4	Actes infirmiers (coef.)	13

Source : P. Bourret. Solidarité - Santé. Et. Stat. 1993;No3:17-25.

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Le rôle des professionnels de santé

CONSOMMATION ET TYPE DE PRESTATIONS COMPARAISON D'UN ECHANTILLON DE BENEFICIAIRES DU RMI A L'ENSEMBLE DES ASSURES DE LA CPAM DES BOUCHES-DU-RHONE

ORIGINE DE LA DEMANDE

	RMI	Prestations	CPAM
PATIENT 1 ^{er} groupe	2,6	Consultations (nbre)	3
	0,6	Visites (nbre)	0,8
	1,00	Frais de séjour privés (journées)	0,9
MEDECIN 2 ^{em} groupe	15,7	Actes en K et KC (nbre)	21
	185	Pharmacie (francs)	693
	102	Biologie (en coef. B)	142
	8,1	Radiologie (en coef. Z)	16
	5,8	Soins dentaires (coef.)	12
	6,2	Masso-kinésithérapie (coef.)	15
	2,4	Actes infirmiers (coef.)	13

Source : P. Bourret. Solidarité - Santé. Et. Stat. 1993;No3:17-25.

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

**Le rôle des
professionnels
de santé**

**Besoins de soins dentaires avant pose d'une prothèse
(objectif théorique: 0%)**

	Bénéficiaires de la CMUC	Régime général	
Dents cariées à traiter	37%	31%	<0,001
Dents cariées à extraire	17%	11%	<0,001

Borges da Silva, Rev Med Ass Mal 2002

Plan

Accès primaire / secondaire

Les trois acteurs

Accès aux soins et précarité

Population générale

Accès primaire

Accès secondaire

Inégalités par omission et par construction

En guise de conclusion

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Inégalités par omission

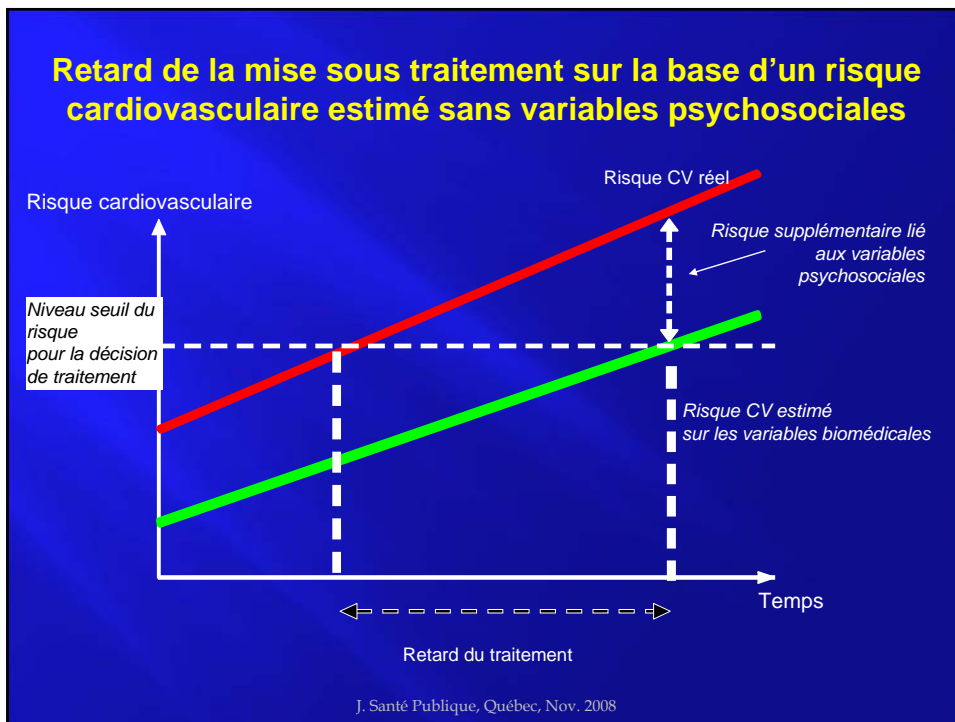
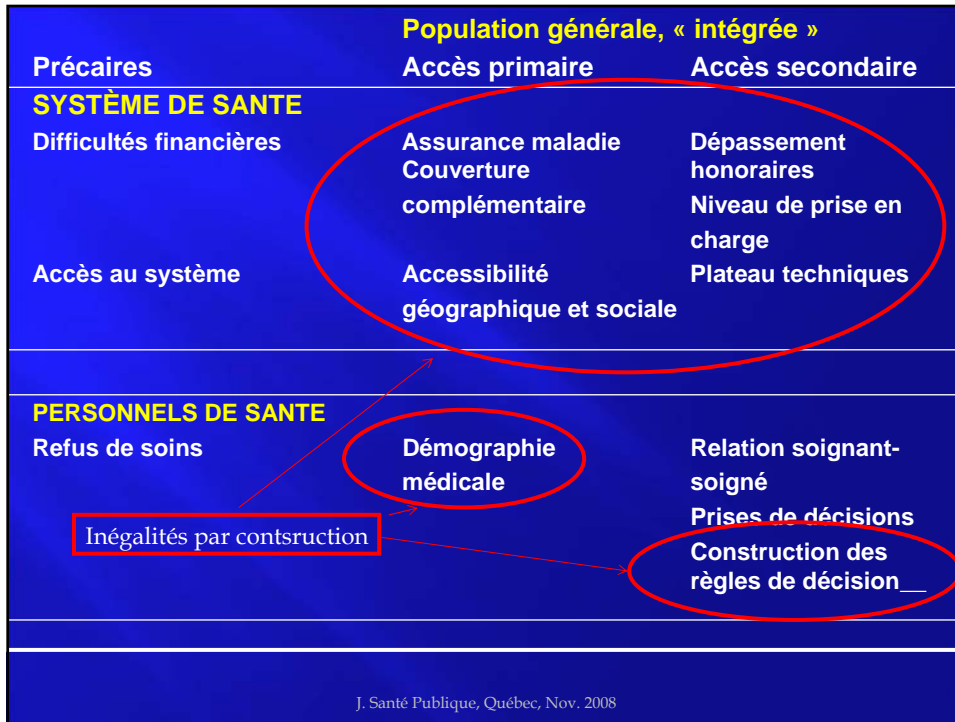
Inertie d'un système de santé qui méconnaît les inégalités sociales de santé et n'a aucun projet de rattrapage

Inégalités par construction

Absence de prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'élaboration de programmes institutionnels ou de recommandations de pratique

Lombrail P, Rev Epidemiol Santé Publ, 2007

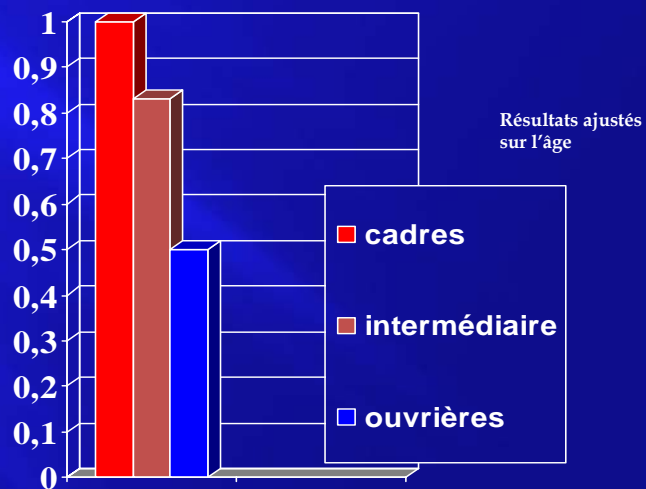
	Population générale, « intégrée »	
Précaires	Accès primaire	Accès secondaire
SYSTÈME DE SANTE		
Difficultés financières	Assurance maladie Couverture complémentaire	Dépassement honoraires Niveau de prise en charge
Accès au système	Accessibilité géographique et sociale	Plateau techniques
PERSONNELS DE SANTE		
Refus de soins	Démographie médicale	Relation soignant- soigné Prises de décisions Construction des règles de décision
Inégalités par omission	→	



Omission,
construction
ou les deux?

Dépistage du cancer du col utérin

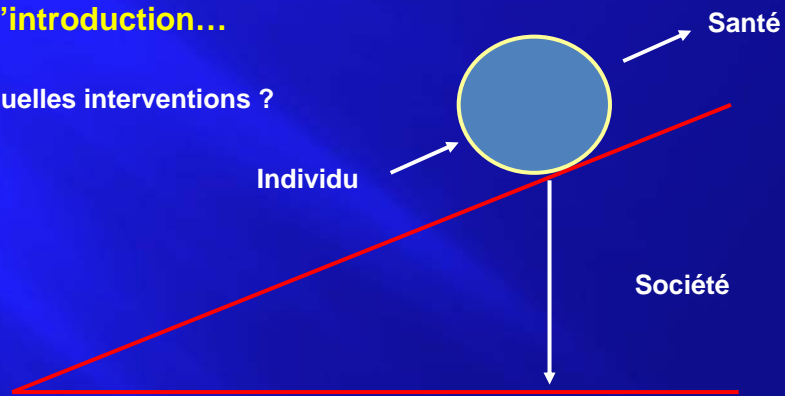
Pratique d'un examen
dans les 3 ans,
population couverte
par une mutuelle



Source: Chan Chee et coll, *RESP*, 2005, Santé Publique, Québec, Nov. 2008

**En guise de conclusion ou
d'introduction...**

Quelles interventions ?



Emprunté à Mc Kee. EUPHA Conference, Helsinki, 11-14 oct 2007

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

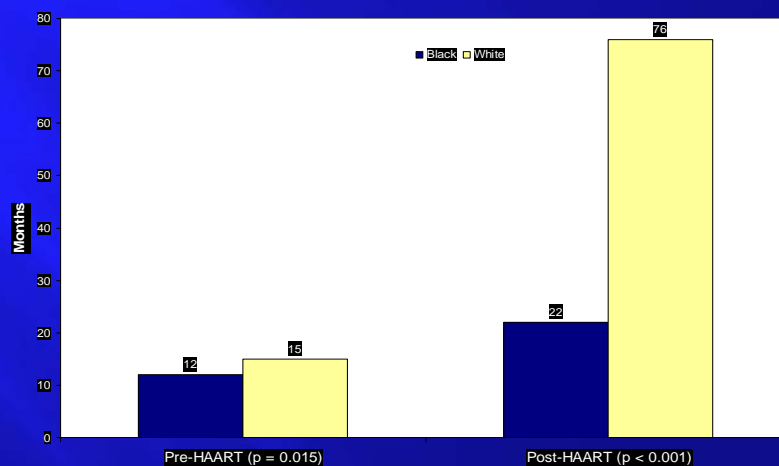
J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Why might black men not be benefiting from HAART to the same degree as white men?

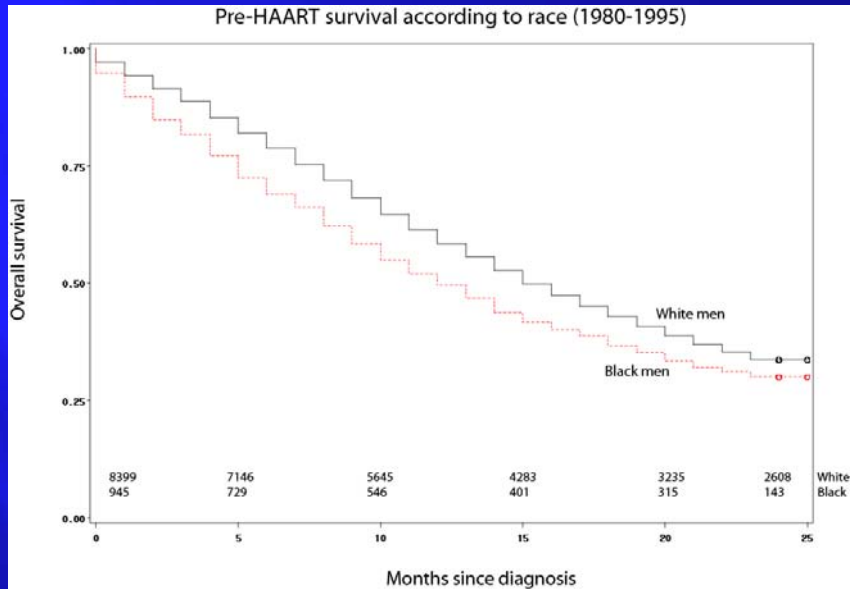
- Inverse care law (Julian Tudor Hart, 1971)
“The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces...”
- Extension (Victora et al. 2001)

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

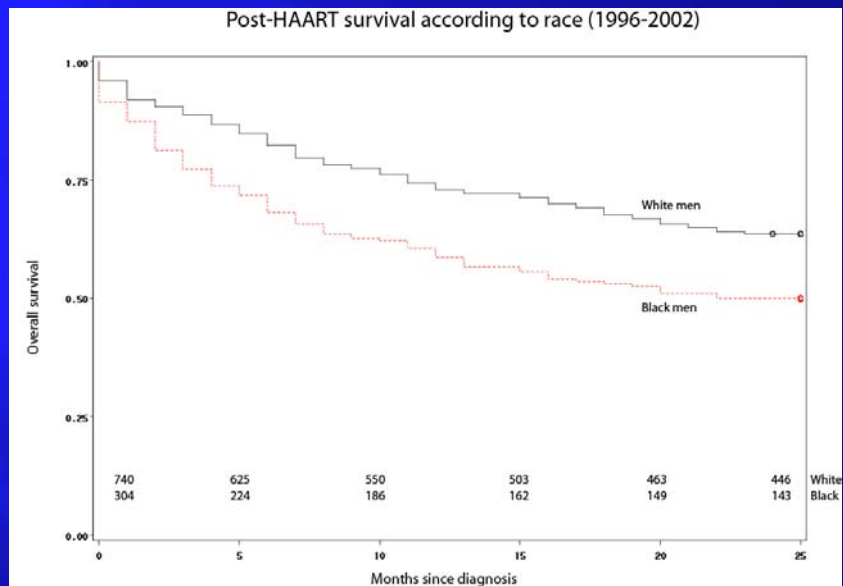
Median Survival Time by Race and Treatment Era (SEER 1980-2002)



J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008



J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008



J. Santé Publique, Québec, Nov. 2008

Précaires

Accès secondaire

SYSTÈME DE SANTE

papier pathologie iatrogène et socio/race

Gradient contrôle HTA et PCS (ihpaf)

Papier Toby

Plateau techniques papier IRDES

PERSONNELS DE SANTE

Relation soignant-soigné: papier Borges da Silva

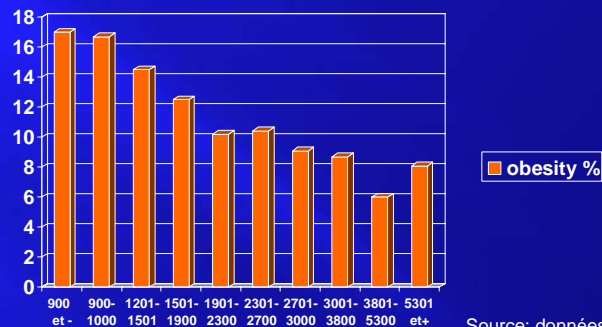
papier prévention et PCS

Prises de décisions : **Thi et cardiovasculaire**

Construction des règles de décision: papier cardiovasculaire

J. Santé Publique, Québec, Nov. 2006

Inequalities... not only mortality Frequency of obesity (IMC 30 and+) among adults according to household Income (in €)source: ObEpi survey, 2003



Source: données IHPAF, in press

