

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 de droits : les inégalités d'accès à la protection sociale et leurs effets sur les recours aux soins

Florence Jusot

LEGOS (Univ. Paris-Dauphine) - IRDES

Québec, 17 novembre 2008

Introduction

- L'accès aux soins de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne
- On observe cependant des inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à besoin de soins égal (Groupe Equity ; Groupe Eurothine)
- Ces inégalités sont marquées pour les soins de spécialistes dans tous les pays de l'Europe, alors que le recours aux soins de généralistes est plus équitablement réparti

Introduction

- Mais l'ampleur des inégalités varie d'un pays d'Europe à l'autre
- Les visites de spécialistes sont inégalement distribuées dans tous les pays d'Europe, mais elles sont
 - plus importantes en France, au Portugal, en Lettonie et en Hongrie
 - au contraire réduites en Grande Bretagne et aux Pays-Bas
- Les recours aux soins de généralistes sont équitablement distribués en moyenne, mais ils sont plus fréquents :
 - chez les plus favorisés en France, au Portugal, en Hongrie, en Lettonie, en Estonie
 - chez les plus défavorisés en Allemagne, en Italie, en Angleterre et en Norvège

Introduction

- La comparaison du niveau des inégalités de consommations de soins entre pays européens permet de comprendre quel est le rôle joué par les systèmes de santé
- Quel est le rôle de l'organisation des systèmes de santé (financement, orientation des patients) en Europe ?
- Quel est le rôle de l'accès à la protection sociale ? L'exemple de la France

Inégalités sociales de recours aux soins en Europe : quel lien avec le financement et l'organisation des systèmes de santé ?

Or Z., Jusot F., Yilmaz E., « Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use », Document de travail IRDES n° 17. 2008/09.

Systemes de santé et inégalités de consommation de soins

Le niveau des inégalités de consommation de soins en Europe est lié aux caractéristiques des systèmes de santé :

- Les inégalités de recours aux généralistes et aux spécialistes sont plus faibles dans les pays ayant des dépenses publiques de santé élevées
- Les inégalités de recours aux généralistes et aux spécialistes sont plus faibles dans les pays où le reste à charge des patients est faible
- Les inégalités de recours aux spécialistes sont plus faibles dans les systèmes nationaux de santé où les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins

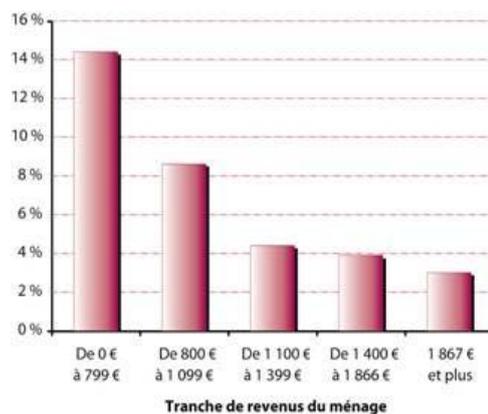
Les inégalités d'accès à la protection sociale et leurs effets sur les recours aux soins : L'exemple de la France

Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. , « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire - Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 », Questions d'économie de la santé IRDES n° 132. Mai 2008

Inégalités d'accès à la protection sociale en France

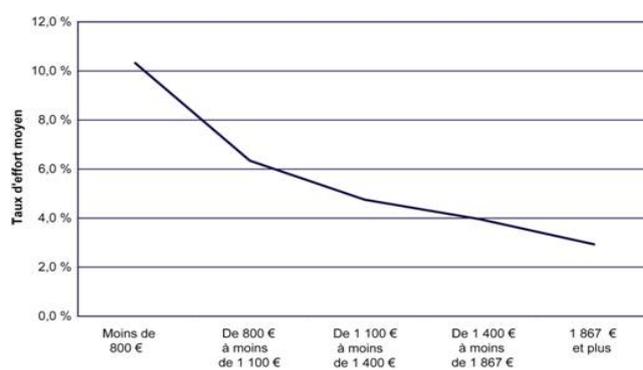
- En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur d'environ 75% par la sécurité sociale
- Le reste à charge des patients peut-être être financé grâce à une assurance complémentaire :
 - obtenue gratuitement sous condition de ressources : la CMUC
 - obtenue par le biais de l'employeur (61%)
 - obtenue grâce à une cotisation volontaire
- Près de 8% de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé
- Cette proportion atteint 14 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes
- 53% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé

Pourcentage de personnes non couvertes par une assurance complémentaire



Source : enquête SPS 2006

Part des ressources consacrées à l'achat d'une couverture complémentaire



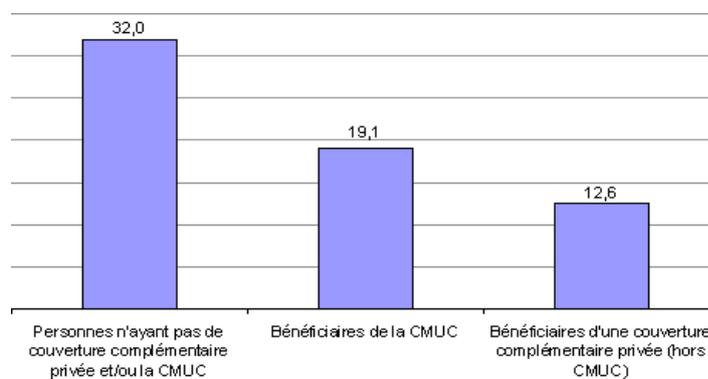
Source : enquête SPS 2006

Inégalités d'accès à la protection sociale, inégalités de recours aux soins

Or la consommation de soins est très liée à l'accès à une couverture complémentaire :

- les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues
- 1 personne sur 7 déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières en France
- Ces renoncements concernent en premier lieu les soins optiques, dentaires et les soins de spécialistes
- Ils dépendent de l'accès à une couverture complémentaire mais aussi de sa qualité

Renoncement aux soins pour raisons financières



Source : enquête SPS 2006

Egalité d'accès aux soins, égalité de consommation de soins ?

- L'amélioration de l'accès financier et géographique aux soins réduit les inégalités de consommation de soins et de santé (ex : CMU en France)
- Mais des différences d'utilisation du système de soins subsistent :
 - assez peu d'inégalités dans la consommation de soins de généralistes
 - des inégalités plus marquées dans la consommation de soins de spécialistes et les soins préventifs
 - un recours plus fréquent à l'hôpital par les plus pauvres
- Connaissance des filières, rapport au corps, expérience passée avec le système de soins ?

Accès théorique aux soins et accès réel aux soins

- Au-delà de l'accès théorique que permet l'assurance complémentaire gratuite, certains professionnels de santé refusent l'accès aux patients les plus pauvres

Catégorie de Médecins	Taux de refus de soins imputables à la CMU dans 6 villes du Val de Marne
Généralistes secteur 1	1,6%
Généralistes secteur 2	16,9%
Généralistes secteurs 1 et 2	4,8%
Spécialistes secteur 1	23,1%
Spécialistes secteur 2	49,1%
Spécialistes secteurs 1 et 2	41,0%
Dentistes	39,1%

Source : Desprès et Naiditch, 2006

Accès aux soins et égalité de prise en charge

- Les professionnels de santé prennent des décisions différentes selon le statut social du patient :
 - La qualité du diagnostic dépend de proximité socio-culturelle entre le patient et le médecin
 - La qualité du diagnostic dépend de la prévalence du problème de santé dans le groupe social auquel appartient le patient (réel ou stéréotype)
 - La décision médicale est prise en prenant en compte d'autres éléments que le diagnostic : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance...

Conclusion

- L'accès financier aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de recours aux soins
- Mais ce n'est pas une condition suffisante
- Les pays disposant systèmes nationaux de santé avec une médecine de première ligne bien structurée semble avoir des inégalités de recours plus réduites
- En effet, la responsabilité populationnelle qui est assignée aux médecins dans ces systèmes permet d'envisager des objectifs ciblés en direction des groupes défavorisés
- Des expérimentations menées en Grande Bretagne et aux Pays Bas montrent ainsi que des actions menées dans le système de soins peuvent réduire les différences sociales de prévention et de suivi