



Expériences nationales et internationales

Les systèmes se basant sur des soins de santé primaires forts sont plus efficaces pour améliorer la santé des populations car plus équitables en termes d'accès aux soins. 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. C'est ce que nous enseignent les études effectuées à l'échelon international.

La lutte contre les inégalités sociales de santé à travers les soins primaires : le grand soir ou les petits matins ?

Yann Bourguell

Directeur de l'Irdes

Florence Jusot

Maître de

conférences,

université

Paris-Dauphine,

Leda-Legos,

chercheur à l'Irdes

Les soins de santé primaires, définis en 1978, incluent d'une façon large, l'éducation, la promotion de la santé, les liens avec les autres activités socio-économiques (agriculture, élevage, industrie, éducation, logement, communication etc.). La définition fait également explicitement appel à la notion de graduation des soins et de référencement selon le niveau de gravité des maladies, comme à l'ensemble des professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires et travailleurs sociaux).

Les soins primaires : d'un idéal de justice sociale à un modèle d'organisation du système de soins

Dans son rapport de 2008, intitulé *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Margaret Chan, rappelle que « les valeurs qui sont au cœur de la constitution de l'OMS [il y a plus de 60 ans]

et celles qui ont inspiré la déclaration d'Alma-Ata [en 1978]¹ ont fait leur preuve et ont montré toute leur pertinence »². Ainsi les soins de santé primaires restent considérés comme un moyen de garantir le droit à la santé pour tous et de réduire les inégalités de santé, d'atteindre un idéal de justice sociale.

L'observation des systèmes de santé des pays européens nous révèle que la plupart d'entre eux bénéficient d'un financement collectif des dépenses de santé, sont fortement régulés voire gérés par les États et visent à garantir un accès universel aux soins reposant sur le principe d'équité horizontale, chacun devant bénéficier d'un traitement égal pour un besoin de soins égal. La plupart de ces systèmes s'appuient également sur des

1. OMS. « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », 12 septembre 1978.

2. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*. 2008.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 55.

soins de santé primaires, mais définis dans un sens plus restreint que le sens initial donné par la conférence d'Alma-Ata. Ce concept fait aujourd'hui surtout référence à des modèles d'organisation et de régulation du secteur des soins ambulatoires dans lesquels les fonctions de premier contact, de coordination, de continuité, de régulation de l'accès aux soins secondaires sont confiées à des acteurs tels que les médecins généralistes, ou des structures comme les centres de santé. Cependant, les modèles d'organisation, notamment les missions et fonctions de régulation confiées aux acteurs des soins primaires, sont assez contrastés en Europe [14]. Les pays comme les Pays-Bas avec un système d'assurance sociale ou le Royaume-Uni avec un système national de santé ont mis en place dès leur origine un système de *gatekeeping* dans lequel les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins et régulent l'accès aux soins secondaires. D'autres comme la Finlande et l'Espagne se sont directement inspirés des principes de la déclaration d'Alma-Ata et ont mis l'accent sur le travail d'équipe en soins primaires au sein des centres de santé. Certains pays comme l'Allemagne, la France, la Belgique ou la Suisse n'ont adopté les principes des soins primaires que très récemment et dans des formes peu contraignantes, comme par exemple la réforme du médecin traitant en France.

La question est alors de savoir si les soins de santé primaires, tels que mis en place dans les systèmes de santé européens et non plus dans l'acception de la conférence d'Alma-Ata, constituent une cible d'action pertinente pour réduire les inégalités de santé. Pour répondre à cette question, nous nous appuyons tout d'abord sur les leçons de la littérature et de l'expérience européenne, avant de nous tourner vers le cas français.

La réduction des inégalités de santé par les soins primaires en tant que principes organisateurs des systèmes de soins et secteur cible d'actions et d'interventions

L'accent est le plus souvent mis sur les interventions sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités sociales de santé, comme l'illustrent le rapport récent de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS³ ou encore une récente revue des interventions efficaces dans ce domaine [6]. L'intérêt d'actions menées dans le système de soins pour atteindre cet objectif a également été souligné [27], et l'on peut penser que cela concerne en premier lieu les actions s'appuyant sur le secteur des soins primaires. L'argument repose sur l'idée que si l'objectif à atteindre est la réduction des inégalités de santé et non simplement la réduction des différences de consommation de soins, l'enjeu pour le système de soins est non seulement de permettre un véritable accès universel aux soins, mais surtout de conduire l'ensemble des patients à une meilleure

gestion et prise en charge de leur santé. Les objectifs recherchés seraient la réduction des comportements à risque, le développement des comportements préventifs et, en cas de maladie, la bonne utilisation du système de soins, l'observance des traitements et prescriptions des médecins ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie. Ces compétences et capacités individuelles s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, professionnels et profanes) que par une communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et permet ces relations interindividuelles, peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.

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 mais également comme secteur cible d'actions et d'interventions multiples plus directement destinées à réduire ces inégalités.

L'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé montre 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 œuvre de véritables stratégies de réduction des inégalités sociales de santé [54]. 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 [102], 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 plus efficaces pour améliorer la santé des populations en moyenne que ceux ayant des soins primaires « faibles », — car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées [70]. En outre, 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* [82], 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 [28].

Sans aller jusqu'à une organisation du système de santé autour des soins primaires, des interventions isolées mobilisant le secteur des soins primaires semblent également efficaces pour réduire les inégalités de santé. Dans le cadre du projet européen AIR (*Addressing Inequalities Interventions in Régions*) visant à recenser les actions menées à l'échelle régionale dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé,

3. OMS. *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. 2008.



une récente revue de la littérature propose une typologie des interventions permettant de réduire les inégalités de santé ayant fait l'objet d'une évaluation publiée entre janvier 2000 et janvier 2010 en anglais ou en français [67]. Cette revue a identifié 101 interventions et 10 revues de littérature proposant des résultats sur des indicateurs de santé ou des facteurs intermédiaires, comme les consommations de soins ou les facteurs de risques, par groupes sociaux ou des groupes défavorisés. La plupart de ces interventions avaient été menées aux États-Unis, les autres au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en France, ou en Hongrie. Ces interventions ont pu être regroupées en trois ensembles : les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou par une assurance maladie gratuite ou subventionnée, les interventions de promotion sanitaire dans le cadre communautaire et les interventions ayant effet sur l'organisation des soins. Les évaluations des interventions retenues permettent de conclure que des interventions mobilisant les soins primaires peuvent parvenir à réduire les inégalités sociales de santé. L'amélioration de l'accès financier aux soins, en particulier par la fourniture de soins gratuits ou d'une couverture assurantielle gratuite, augmente la consommation de soins et améliore les résultats cliniques, même s'il subsiste un risque de différences dans la qualité des soins. Les interventions de promotion sanitaire personnalisées et adaptées à la culture des populations ciblées, menées par des pairs éducateurs, semblent également efficaces. La fourniture d'un cadre légal et logistique semble également efficace pour coordonner de multiples interventions de promotion sanitaire. Enfin, les interventions sur l'organisation des soins, comme le travail d'équipe ou la coordination des soins, semblent également à même de réduire les inégalités de santé.

Une question reste néanmoins en suspens. L'efficacité de ces interventions plus isolées est-elle identique dans tous les systèmes ou sont-elles d'autant plus efficaces dans des systèmes organisés autour des soins primaires, où il est plus facile d'afficher des objectifs clairs et d'attribuer des missions spécifiques à des acteurs pour lesquelles ces derniers sont reconnus.

En France, vers les soins de premiers recours et... la réduction des inégalités de santé ?

Les soins primaires, définis comme le premier recours, ne constituent pas encore en France un axe aussi structurant de la politique de santé, qu'au Royaume-Uni ou dans les pays anglo-saxons ou scandinaves.

Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par les perspectives d'évolution

de la ressource humaine disponible en santé ou aux enjeux de santé publique 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...) et visent à modifier modérément, comme le montre la récente réforme, un système de soins ambulatoires fondé sur les principes de la médecine libérale (liberté d'installation, paiement à l'acte, liberté de prescription, libre choix du médecin par le patient) au sein de laquelle les spécialités techniques sont les plus valorisées.

L'ensemble des évolutions récentes en France (réforme médecin traitant en 2004, création des agences régionales de santé, schémas régionaux de l'organisation des soins ambulatoires, soutien aux organisations collectives) 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, se pose la question d'une approche plus intégrée mais également plus contraignante pour les professionnels et les patients pour organiser les soins primaires en France.

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 et territoires. En effet, le Plan cancer 2009-2013 met en avant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé comme une question transversale, et la ministre de la Santé a annoncé cette thématique comme centrale dans la future loi de santé publique lors du colloque international intitulé « Réduire les inégalités sociales de santé » organisé par la Direction générale de la santé et l'IRESP le 11 janvier 2010. La France, dans le même mouvement, associe donc volonté politique de réduction des inégalités de santé et organisation des soins de santé primaires.

Deux options sont donc possibles pour mettre en œuvre 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 éparses dont on a pu constater qu'elles ont une efficacité pour lutter contre les inégalités de santé, là où elles sont menées sans effet systémique. La seconde, plus ambitieuse et structurelle, reposerait sur une modification plus substantielle de l'organisation du système de santé en France autour des soins primaires par exemple en renforçant le rôle du médecin traitant, en modifiant les modes de rémunération des médecins, voire en rendant les soins gratuits.