

Les inégalités de recours aux soins en France, retour sur une décennie de réformes

Malgré un système de santé considéré comme l'un des plus performants au monde (OMS, 2002), la France se situe, en Europe occidentale, dans le bas du classement pour plusieurs indicateurs d'inégalités sociales de santé. Ainsi pour ce qui concerne les deux principales causes de décès chez les hommes âgés de 45 à 59 ans (cancers et maladies cardio-vasculaires) : elles présentaient dans les années 1990 les écarts entre travailleurs manuels et non manuels les plus élevés parmi onze pays européens [41]. D'autres études plus récentes confirment ces classements, du moins parmi les pays d'Europe de l'Ouest [46].

De fait, la recherche sur les déterminants des inégalités de santé s'est orientée essentiellement vers des déterminants situés hors du système de santé. Le rôle des effets de pauvreté absolue (logement, alimentation, expositions professionnelles...), des comportements de santé (consommation de tabac, alcool, nutrition et activité physique en particulier), les effets de sélection de la santé sur le statut social (en particulier le rôle de la santé sur l'emploi), et les déterminants dits « psychosociaux » de la santé ont été particulièrement explorés, sans aboutir à un modèle explicatif complet et convaincant des inégalités sociales de santé.

Un résultat qui, à sa façon, convoque à nouveau la question de l'accès aux soins et des inégalités de recours aux soins. C'est ainsi que la Commission des déterminants sociaux de l'OMS, dans son rapport 2009 [49], rappelle que l'équité d'accès aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé. Le respect du principe d'équité horizontale implique en effet que chacun reçoive un traitement égal pour un besoin de soins égal. On observe cependant en France des inégalités sociales d'utilisation des services de santé, comme dans la plupart des pays européens, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. De fait, les politiques récentes visant à réduire les inégalités dans le domaine de la santé en France ont le plus souvent porté sur l'accès aux soins, soit à travers l'extension de l'assiette de l'assurance maladie obligatoire (couverture maladie universelle (CMU) de base, aide médicale de l'État (AME)), soit à travers l'extension des couvertures complémentaires (CMU-C, aide à la complémentaire de santé (ACS)).

Des inégalités sociales dans le recours aux soins : causes et conséquences

Ces réformes représentent l'une des deux tendances qui se dégagent des modes d'organisation et de régulation de l'accès aux soins à l'œuvre dans le système de santé

français, lequel vit, en parallèle, un mouvement vers l'universalisation de l'accès ou de l'accessibilité aux soins, que l'on a évoqué ci-dessus, et par ailleurs des tentatives répétées d'encadrement de la dépense de soins. À ce titre, le principe du paiement à l'acte et son corollaire, le partage de la dépense entre assureur public et usager, c'est-à-dire en France le ticket modérateur, représentent un principe de régulation de la demande pour l'assureur public et pour le médecin, l'un des principes fondateurs de la médecine libérale. L'objectif du partage de la dépense est de limiter les comportements dits d'aléa moral, c'est-à-dire de recours excessif des assurés. L'impact du partage des coûts sur le recours aux soins est certainement l'un des plus documentés dans la littérature économique portant sur la santé.

Le premier effet documenté du partage des coûts porte sur l'accès aux soins : lorsque le partage des coûts n'est pas modulé selon le revenu des individus, cela peut mettre en péril le recours des plus pauvres. Cela explique, dans le cas français, les différences sociales de recours aux soins d'optique et aux soins dentaires, mais également aux soins ambulatoires, pour lesquels le reste à charge peut s'avérer très élevé. De plus, des travaux récents sur le renoncement financier aux soins font apparaître un lien causal entre non-recours pour raisons financières et diminution significative de l'état de santé futur [24]. Second effet délétère : le ticket modérateur est un instrument aveugle, qui ne limite pas l'accès aux soins moins utiles au profit des soins les plus importants. Les études empiriques réalisées en Europe montrent que les mesures de partage des coûts impactent de façon indifférenciée les soins essentiels et non essentiels, car il n'est le plus souvent pas possible de mettre en place *a priori*, côté patient, des critères normatifs pour différencier ce qui est plus justifié de ce qui l'est moins. Enfin, dernier paradoxe, ces instruments de modération de la demande de soins sont dans les faits le plus souvent doublés d'un deuxième filet assurantiel, complémentaire, qui permet à l'assuré qui en a la possibilité, ou les moyens, de réassurer la part de dépense qui reste à sa charge. Au final, seule une minorité de personnes – de l'ordre de 6 % aujourd'hui – est susceptible de subir les conséquences financières de ce dispositif. Rappelons que les dépenses non remboursables (les « franchises » par consultation, par exemple) ne représentent qu'une partie marginale de la dépense non remboursée par l'Assurance maladie. Or cette minorité de personnes sans complémentaire est majoritairement située dans le bas de l'échelle sociale.

Il n'est donc pas surprenant que l'on observe, en France mais aussi dans la plupart des pays européens,

Paul Dourgnon
Zeynep Or
Christine Sorasith
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé
(Irdes)

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 83.*

des inégalités sociales dans l'utilisation des services de santé, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. Plusieurs travaux montrent ainsi que la probabilité de recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiquement distribués à travers des groupes socio-économiques, après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (par exemple [72] et [21]).

Que sait-on aujourd'hui des inégalités de recours aux soins en France ? Les travaux sur les déterminants sociaux des consommations médicales menés par l'Irdes ou la Drees, les travaux sur le renoncement aux soins ainsi que l'exploitation des données de l'Assurance maladie et de l'enquête Santé Protection sociale, associées aux méthodes développées depuis le début de la décennie 2000 par la Banque mondiale pour la mesure des inégalités sociales, permettent de dresser un état des lieux et d'étudier les dispositifs qui contribuent à maintenir ou au contraire à diminuer ces inégalités.

Quels sont les soins les plus concernés par les problèmes d'accès financiers, quels sont les déterminants sociaux de l'accès aux soins ? En 2008, 16,5 % des Français déclaraient avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours de l'année. Ces renoncements concernent principalement les soins dentaires (11 %), l'achat de lunettes (4 %) et les visites chez le généraliste ou le spécialiste (3 %). Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par le niveau de vie des assurés et par les limites du système de protection sociale, les soins dentaires, l'optique et les dépassements se trouvant en dehors du périmètre

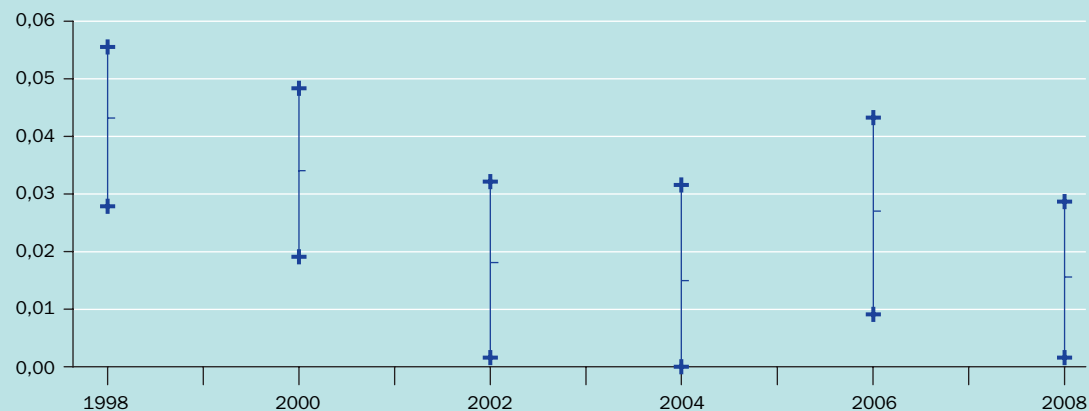
des soins et services significativement remboursés par l'assurance obligatoire. L'absence de couverture complémentaire est en conséquence un facteur important de l'accès financier, ainsi que les prix pratiqués par les professionnels de santé. Au-delà des facteurs purement économiques, les travaux sur le renoncement aux soins mettent en lumière d'autres facteurs liés à l'histoire de vie, en particulier la situation sociale passée, présente, ainsi que les perspectives d'avenir.

La CMU-C a amélioré l'accès aux médecins généralistes

Comment ces inégalités ont-elles évolué au cours du temps ? Nos travaux portant sur les années 2000 montrent une nette diminution des inégalités de consommation de soins ambulatoires suivant la mise en place de la CMU-C, soit de 1998 à 2002. Un résultat confirmé par les analyses transversales qui montrent un fort impact positif de la CMU-C sur l'accès aux soins. Le niveau des inégalités semble se stabiliser ensuite, mais reste significativement favorable aux plus riches (figure 1). L'inégalité globale que l'on mesure pour les soins ambulatoires reflète des inégalités de consommation pharmaceutique, mais surtout de soins de spécialistes. On voit du reste que les inégalités de consommation de soins de spécialistes diminuent significativement elles aussi de 1998 à 2002, pour se stabiliser ensuite (figure 2). De façon concomitante, on observe une diminution des inégalités de soins de généralistes, toujours sur la même période, qui, d'une situation favorable aux plus riches, deviennent à partir de 2000 favorables aux plus

figure 1

Évolution des inégalités de consommation de soins ambulatoires



Note de lecture : Ce graphique présente l'évolution des inégalités de consommation de soins ambulatoires, mesurés selon la dépense. Un niveau d'inégalité positif et significatif, c'est-à-dire que les bornes de l'intervalle de confiance sont situées au-dessus de zéro, comme c'est le cas sur le graphique, signifie une situation d'iniquité en faveur des plus riches. Plus le niveau est important, plus la valeur de l'indicateur est élevée. Le raisonnement est le même, mais en faveur des plus pauvres, quand on bascule en dessous de zéro.

Sources : enquête ESPS et données de l'Assurance maladie.

pauvres. On voit ainsi que la CMU-C a amélioré l'accès aux soins de médecins des plus pauvres, mais que cet accès a principalement concerné les généralistes. Ces résultats peuvent laisser entrevoir une forme de substitution, selon la situation sociale, entre soins de généralistes et soins de spécialistes (figure 3).

Si les inégalités sociales de soins ambulatoires ont diminué au cours de la dernière décennie, celles-ci demeurent significatives. Il reste sans aucun doute à inventer de nouveaux outils pour mieux concilier la participation financière des assurés et leur situation sociale. ?

figure 2

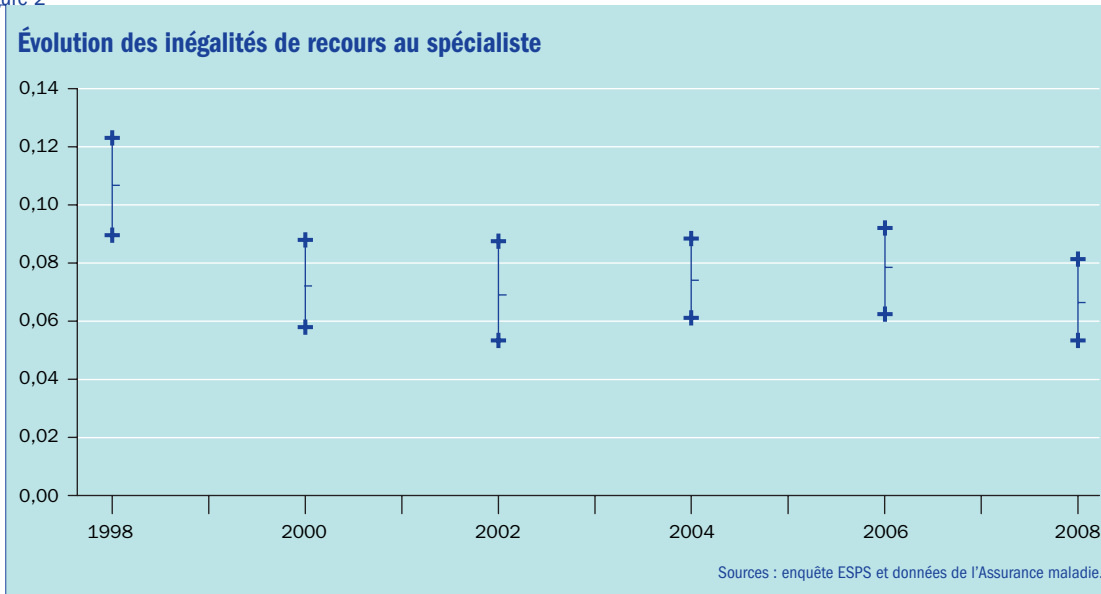


figure 3

