

PLENET Aurélia

N° Etudiant : 20608279  
Référence étudiant : R145

**LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE :**  
**LE ROLE DU MEDECIN**

*Sous la direction de Monsieur le Docteur  
Nicolas BOO (DASES/DSS),  
94/96 Quai de la Râpée, 75012 PARIS*

M1 Méthodes en Santé Publique  
Université Paris XI  
Année universitaire 2006-2007

## **REMERCIEMENTS:**

Je voudrais tout d'abord adresser mes sincères remerciements à Monsieur le Docteur Nicolas Boo qui m'a permis de travailler sur une question qui m'a vraiment intéressée. Je le remercie également pour sa disponibilité, ses conseils de lecture toujours appropriés, les contacts qu'il m'a suggérés et le soutien qu'il m'a apporté tout au long de ce travail.

Ensuite, mes remerciements vont à Monsieur le Professeur Pierre Lombrail qui m'a recommandé des références bibliographiques essentielles pour adhérer à la compréhension de ses concepts structurant une grande partie de mon travail.

Enfin, je remercie Madame le Docteur Sophie Emery (médecin coordinateur côté ville du réseau de l'ASDES) qui a pris le temps de répondre à toutes mes questions concernant l'organisation du réseau de l'ASDES.

## **SOMMAIRE**

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Introduction</i> .....   | 2         |
| <i>Matériel et Méthodes</i> .....   | 2         |
| <b><u>I/ LES INEGALITES DE SOINS EN FRANCE : CONSTAT D'UNE VERITE MULTINIVEAUX</u></b> .....  | <b>4</b>  |
| 1. <b>Des inégalités de santé sociales : un gradient de santé sociale</b> .....   | <b>4</b>  |
| a) Les inégalités sociales en termes d'espérance de vie.....  | 4         |
| b) Des inégalités précoces : constat chez les enfants.....  | 5         |
| 2. <b>Des politiques de santé : des réponses au principe d'égalité aux soins peu efficaces</b> .....  | <b>5</b>  |
| a) Création de dispositifs et bénéfiques.....   | 5         |
| b) Bilan des dispositifs.....   | 6         |
| 3. <b>Le praticien acteur clé de l'accès aux soins : des concepts novateurs de M. Lombrail</b> .....  | <b>7</b>  |
| a) Inégalités d'accès primaire aux soins des bénéficiaires de la CMU .....  | 7         |
| b) Inégalités d'accès secondaire aux soins par omission.....  | 7         |
| c) Inégalités d'accès secondaire aux soins par construction.....  | 8         |
| <b><u>II/ LES MEDECINS ACTEURS EN MATIERE D'EGALITE AUX SOINS : EXEMPLE DE RESULTATS D'OUTRE MANCHE</u></b> .....                               | <b>9</b>  |
| 1. <b>Une intervention locale : un accès aux soins primaires équitable</b> .....  | <b>9</b>  |
| a) Contexte et méthodologie de l'étude.....   | 9         |
| b) Le rôle du médecin à travers des indicateurs équitables.....   | 10        |
| c) Des résultats encourageants .....  | 11        |
| 2. <b>Un programme intégré dans le système national de santé: rémunération des médecins en fonction de la qualité des soins prodigués</b> ..... | <b>11</b> |
| a) Contexte et méthodologie.....  | 11        |
| b) Des résultats globalement positifs.....  | 12        |
| 3. <b>Discussion sur ces études: limites à considérer pour une éventuelle application au contexte français</b> .....                            | <b>13</b> |
| a) Les infirmières : un rôle prédominant dans le service national de santé.....   | 13        |
| b) Déficiences de l'incitation financière : persistance d'inégalités .....  | 13        |
| c) Entre équité et égalité : un juste milieu à trouver .....  | 14        |
| <b><u>III/ UNE ACTION SUR LES INEGALITES DE SANTE EN FRANCE : UTILISATION D'INDICATEURS PAR LES MEDECINS</u></b> .....                          | <b>14</b> |
| 1. <b>Le choix des indicateurs : un préalable incontournable</b> .....  | <b>14</b> |
| a) Des données sociales : une réponse aux inégalités par construction .....   | 15        |
| b) Les indicateurs de santé : réponse aux inégalités par omission .....   | 16        |
| 2. <b>La participation des médecins : plusieurs niveaux</b> .....   | <b>17</b> |
| a) La participation : réponse et délivrance du soin après identification du besoin .....  | 17        |
| b) La participation : utilisation des indicateurs .....   | 17        |
| c) La participation : adhésion au programme .....   | 18        |
| 3. <b>Une piste de structure : exemple du réseau ASDES</b> .....  | <b>18</b> |
| a) Une structure permettant la mise en place d'une évaluation .....   | 19        |
| b) Une structure permettant une définition du rôle du médecin dans le réseau .....  | 19        |
| c) Une structure permettant une rémunération des médecins.....  | 19        |
| <i>Conclusion</i> .....   | 20        |
| <i>Références bibliographiques</i> .....  | 21        |

## INTRODUCTION

La question des inégalités de santé est un problème européen où chaque pays la considère avec plus ou moins d'intérêts<sup>1</sup>. La première prise de conscience européenne fut le principe de santé pour tous<sup>2</sup> défini par l'OMS et signé par tous les pays européens en 1985.

Quant au système de santé français, il est qualifié comme le meilleur au monde<sup>3</sup>, la France est d'ailleurs un des pays où l'espérance de vie est la plus élevée et notamment chez les femmes. Néanmoins ce système est paradoxalement marqué par de profondes inégalités sociales de santé. Thierry Lang (INSERM) révèle que la surmortalité sociale représente 10 000 décès par an<sup>4</sup>.

En 1994, le rapport du Haut Conseil de Santé Publique formule la perspective de réduire les inégalités en matière de santé. Ce principe de réduction des inégalités est toujours d'actualité à l'heure d'aujourd'hui. L'objectif 34<sup>5</sup> de la loi du 9 août 2004 relative à la Politique de Santé Publique le reprend. Ensuite, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle en France bien qu'efficace n'a pas dénoué le problème des inégalités d'accès aux soins malgré un assouplissement de son application prévu également par un des objectifs<sup>6</sup> de la loi du 9 août 2004.

Il existe de nombreuses explications autres que financière sur la question des inégalités de santé ou encore d'accès aux soins. Plusieurs facteurs sociaux interviennent au cœur de cette question. Nous ne nous intéresserons néanmoins pas à des décisions politiques et à l'organisation globale du système de santé. Nous centrerons notre propos à l'échelle de la pratique médicale.

C'est pourquoi nous pouvons nous demander dans quelle mesure le rôle du médecin doit - être pris en compte concernant la question de l'inégalité d'accès aux soins primaires.

Nous définirons les soins primaires comme "*le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire*"<sup>7</sup>.

Pour cela, d'une part nous constaterons les différentes formes d'inégalités de soins et les réponses du gouvernement, d'autre part nous traiterons du rôle du médecin sur la délivrance de soins primaires à partir de programmes réalisées au Royaume-Uni, et enfin nous terminerons sur des pistes de modification de l'approche des professionnels en France afin de tendre vers une équité d'accès et de délivrance des soins primaires.

## OUTILS ET METHODES DE CE TRAVAIL

L'élaboration de la première partie représente un long travail de recherche et de regroupement de documents. Tout d'abord, avant de définir l'objectif de mon travail, Monsieur le docteur Nicolas Boo m'a présenté plusieurs références documentaires afin d'avoir une vision globale des inégalités. J'ai par la suite effectué des recherches complémentaires à l'aide de Medline (une base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine aux Etats-Unis) et plus particulièrement en utilisant l'accès gratuit de cette base de données : Pubmed.

J'ai également utilisé le catalogue SUDOC (système de documentation universitaire) d'une part pour chercher des références sur le thème des inégalités de santé, et, d'autre part à l'aide de ce catalogue j'ai pu localiser dans les bibliothèques parisiennes les documents pertinents que m'avait suggérés Monsieur le Docteur Nicolas Boo ou encore le Professeur P. Lombrail que j'ai contacté par mail.

---

<sup>1</sup> Couffinhal A. et al., "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen : première partie", *Questions d'économies de la santé* n° 92, IRDES, 2005.

<sup>2</sup> A l'horizon de l'an 2000, les différences d'état de santé entre pays et entre groupes au sein des pays devraient être réduites de 25%. (objectif confirmé en 1999 avec pour échéance 2020, OMS 1999).

<sup>3</sup> Selon le classement de l'OMS, 2000.

<sup>4</sup> Leclerc et al., *Les inégalités sociales de santé*, collection recherche, 2000.

<sup>5</sup> Objectif 34 : Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires

<sup>6</sup> Objectif 33 : Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU.

<sup>7</sup> Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 12 septembre 1978)

Lorsque les documents se situaient dans un petit site universitaire (Paris XI à Orsay par exemple) peu accessible, j'ai utilisé le service de prêt interuniversitaire de Paris Sud. Enfin, j'ai pu consulter diverses sites internet pour acquérir des articles disponibles en ligne tels que les sites de l'INSEM, de l'IRDES ou encore du BMJ.

Concernant, l'élaboration de la seconde partie, Monsieur le Docteur Boo m'a suggéré de m'appuyer sur deux études menées<sup>8</sup> au Royaume-Uni. J'ai ensuite choisi de me servir d'un troisième article<sup>9</sup> me paraissant pertinent pour mon travail que j'ai pu acquérir par l'intermédiaire de l'interface Pubmed. J'ai effectué une traduction intégrale en français des trois études afin de bien en saisir le sens dans leur globalité et notamment afin de bien adhérer à la méthodologie.

En ce qui concerne la troisième partie, je me suis essentiellement basée sur les études utilisées en seconde partie. Ensuite, j'ai exploité un guide de médecine préventive<sup>10</sup> à titre indicatif que j'ai volontairement choisi pour sa facilité de compréhension. Enfin, suite à un entretien téléphonique avec le Docteur Emery qui est chargée de la coordination du réseau ASDES côté ville, j'ai pu m'appuyer sur l'exemple du réseau ASDES pour développer des perspectives de mise en place de mon travail.

## **I/ LES INEGALITES DE SOINS EN FRANCE : CONSTAT D'UNE VERITE MULTINIVEAUX**

### **1. Des inégalités de santé sociales : un gradient de santé sociale**

Dans un premier temps nous présenterons une vision globale des inégalités de santé en termes d'espérance de vie et des inégalités précoces plutôt alarmantes. Toutefois, ce travail n'a pas pour objet d'en analyser les causes.

#### **a) Des inégalités en termes d'espérance de vie**

Tout d'abord, il paraît essentiel de relever la situation particulière et paradoxale de la France : l'espérance de vie augmente régulièrement mais les inégalités ne se réduisent pas. Pour illustrer ce propos, on peut donner la comparaison suivante : l'espérance de vie des sans domicile fixe en France est d'environ 45 ans<sup>11</sup>, elle est de 34 ans en Sierra Léone qui est le pays ayant la plus courte espérance de vie.

Toutefois, sans aller dans les extrêmes, nous retrouvons des disparités importantes entre les milieux sociaux. Au regard des données de Mesrine en 1999, l'expression de gradient social de santé s'illustre plus spécifiquement chez les hommes. Un calcul de l'espérance de vie à 35ans<sup>12</sup> sur la période 1982-1996 montre un écart de 6,5 années entre les "cadres, professions libérales" et les "ouvriers" chez les hommes et de 3,5 ans chez les femmes. Il existe dans cette étude une relation continue et croissante entre l'échelle socioprofessionnelle et l'espérance de vie. De surcroît, les disparités d'espérance de vie entre les milieux sont accrues si l'on compte les années de vie passées en incapacité où le groupe des ouvriers a non seulement une durée moyenne de vie inférieure mais passe un nombre supérieur d'années en incapacité<sup>13</sup>.

Ces disparités sociales se retrouvent dans tous les domaines de mortalité<sup>14</sup> et plus particulièrement au niveau des cardiopathies ischémiques, des cancers du poumon, des maladies cérébrovasculaires, pneumonies et maladies du système respiratoire.

---

<sup>8</sup> Marsh G N, Channing D M, "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community" et Doran T. et al. "Pay-for-a Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom"

<sup>9</sup> Lynch M., " Effect of practice and patient population characteristics on the uptake of childhood immunizations"

<sup>10</sup> Fantino B., Fabry J., *Guide de médecine préventive : quinze questions à l'usage du généraliste*, Ellipses, 2001.

<sup>11</sup> Hirsh M. "La réduction des inégalités sociales est au cœur de la cohésion sociale", *BEH*, n° 2-3, 23 Janvier 2006

<sup>12</sup> Mesrine A. "Les différences de mortalités par milieu social restent fortes", *La Société française*, Données sociales : 228-235, 1999.

<sup>13</sup> Drees, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002*, Etudes et Statistiques, 2003.

<sup>14</sup> Cambois E., Jusot F., "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparative" *BEH*, n° 2-3, 23 janvier 2003.

## b) Des inégalités de santé précoces : constat chez les enfants

Les inégalités peuvent également se retrouver très précocement chez les enfants. Etant donnée l'absence de données sur la catégorie socioprofessionnelle des parents, le niveau socio-économique des parents a été évalué de façon indirecte à travers l'appartenance ou non de leur école à une ZEP (Zones d'éducation prioritaires).

Chez les enfants scolarisés en ZEP<sup>15</sup>, plusieurs différences en matière de santé et de recours aux soins apparaissent. On peut donner différentes illustrations à ces propos telle que la proportion d'enfants en surcharge pondérale en grande section de maternelle qui apparaît nettement plus importante en ZEP. La prévalence de surpoids atteint 17,3% en ZEP contre 13,3 % dans les autres zones.

Egalement, les retards de langage s'avèrent eux aussi plus fréquents pour les enfants en ZEP que pour ceux hors ZEP. (75% parviennent à élaborer des phrases correctes contre 85%). Encore, l'enquête montre que dans le cadre du bilan des 6 ans, les enfants scolarisés en ZEP présentent deux fois plus de dents cariées que ceux des autres zones et restent souvent sans soin. En outre, il semble que l'accès aux soins dentaires ne garantit pas la qualité des soins et donc la satisfaction des besoins en santé<sup>16</sup>. Ce constat s'observe en particulier chez les individus en situation de précarité. Dans ce contexte, il paraît légitime de s'interroger sur la satisfaction des besoins en santé dentaire des enfants scolarisés en ZEP.

Enfin, l'enquête montre un certain déficit de dépistage et de prise en charge des troubles de la vision concernant les enfants scolarisés en ZEP. L'écart de dépistage est de 2 à 3% dans le dépistage préalable à l'examen.<sup>17</sup>

## **2. Des politiques publiques de santé: réponses au principe d'égalité aux soins peu efficaces**

Pour faire face à ces diverses formes d'inégalités avant la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'état français a élaboré des objectifs et mis en œuvre différents types de structures. Ces préoccupations sont relativement récentes contrairement aux autres pays européens tels que le Royaume-Uni ou la Suède.

### a) Création de dispositifs et bénéfiques

Tout d'abord en 1994, le Haut Conseil de Santé Publique a évoqué parmi quatre objectifs la réduction des inégalités en matière de santé. Deux premiers objectifs intermédiaires ont été envisagés: assurer d'une part des conditions de vie décentes aux personnes en situation très précaire et d'autre part favoriser leur réinsertion sociale et améliorer l'accès aux services médicaux des populations défavorisées. Cependant aucune réponse opérationnelle n'a été mise en place et donc aucune évaluation n'a pu identifier les bénéfices de cette première considération.

Puis, en 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, a posé la question du droit à la santé essentiellement sous l'angle de l'accès aux soins. Dans ce cadre, les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont été créés pour améliorer l'accès aux soins curatifs, mais aussi préventifs, des personnes en situation de précarité. L'établissement de ses plans représente une concertation et une coordination au niveau régional et local entre les différents acteurs intervenant dans le secteur sanitaire et social. Toutefois, les évaluations de ces dispositifs ne permettent pas de mettre en relief des bénéfices nets des PRAPS malgré des actions innovantes et des dispositifs d'accueil spécifiques<sup>18</sup>. Des recommandations ont néanmoins été formulées pour les faire évoluer.

---

<sup>15</sup> Drees, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002, Etudes et Statistiques, 2003.

<sup>16</sup> CNAMTS, "Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé", *Revue Médicale de l'assurance maladie*, volume 33, n°3, 2002.

<sup>17</sup> Guignon N. "La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire" *Etudes et Résultats*, n°155, janvier 2002.

<sup>18</sup> Brunhes B., 2003, Fourcade et al. 2004, référence des auteurs dans : Couffignal A. et al., "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: deuxième partie", *Questions d'économies de la santé* n° 93, IRDES, 2005.

Enfin, la mise en place de la CMU (Couverture Maladie Universelle) en 2000<sup>19</sup> fut un progrès considérable concernant l'amélioration d'accès à la consommation de bien de santé et plus particulièrement en termes d'équité d'accès aux soins. L'affiliation au régime général d'assurance maladie est automatique grâce à la mise en place de la CMU. L'affiliation est soumise au critère suivant: peut bénéficier de la CMU toute personne résidant en France de façon stable et régulière n'ayant pas droit à un régime d'assurance maladie. De plus, cette loi permet de fournir une complémentaire gratuite, sous condition de ressources fixées par le décret assimilé à la loi. Les bénéficiaires ont généralement une dépense de soin proche de celle des autres assurés pour un état de santé similaires<sup>20</sup>. Néanmoins la structure de consommation des bénéficiaires de la CMU diffère, d'une part, ils ont un recours à l'hôpital plus fréquent, d'autre part ils ont un recours moindre aux spécialistes<sup>21</sup>.

#### b) Bilan des dispositifs

Globalement, avant la mise en place de la CMU-CMUC, le bénéfice des politiques nouvelles n'a pas pu être réellement apprécié. Nous pouvons certes, penser que le principe de la CMU a permis de généraliser l'accès aux soins des individus démunis. Toutefois, il ne faut pas oublier que les bénéficiaires de ces droits n'en profitent pas tous. On remarque une sous utilisation du système et notamment de son dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire<sup>22</sup>. Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses telles qu'une mauvaise information ou une méconnaissance des droits des bénéficiaires ou encore une faible considération des individus en situation précaire pour leur état de santé.

Un autre obstacle à l'équité d'accès aux soins demeure au regard du nombre élevé de refus de certains médecins à prendre en consultation des bénéficiaires de la CMU. Ce constat n'est pas négligeable même si la loi a anticipé ces refus (ce point sera développé ultérieurement).

Ce développement nous conduit à dire que l'aspect financier n'est pas l'unique obstacle pour accéder aux soins. Dans ce contexte, la considération d'obstacles sociaux ne doit pas être oubliée.<sup>23</sup>

### **3. Le praticien acteur clé de l'accès aux soins : des concepts novateurs de M. Lombrail**

Les inégalités d'accès aux soins doivent être considérées comme composées de plusieurs processus pour en comprendre le déroulement. C'est pourquoi, nous utiliserons la définition posée par l'équipe de Nutting<sup>24</sup> et, retenue et adaptée par M. Lombrail: "*elles se produisent aux différentes étapes qui vont du "contact" avec le système de soins (professionnel/institution), voire en amont de son éventuel déclenchement, jusqu'à la délivrance du soin nécessaire (provision), en passant par l'identification du besoin de soin (recognition)*". L'intérêt de cette définition est qu'elle nous renvoie au rôle du professionnel de santé en insistant sur l'importance du premier contact mais également sur la reconnaissance et la délivrance du soin.

De plus, M. Lombrail associe à cette définition un concept propre qui opère une distinction entre l'accès secondaire par construction et l'accès secondaire par omission<sup>25</sup>.

C'est pourquoi, nous allons développer et illustrer notre propos à partir des concepts novateurs de M. Lombrail sur les inégalités d'accès aux soins.

#### a) Inégalités d'accès primaires aux soins des bénéficiaires de la CMU

Dans un premier temps, il est nécessaire d'identifier l'accès primaire au soin comme le premier contact avec le système de soin. Par exemple, en matière d'application de la CMU, une proportion

<sup>19</sup> Suite à la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

<sup>20</sup> Couffinhal A. et al., "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: deuxième partie", *Questions d'économies de la santé* n° 93, IRDES, 2005.

<sup>21</sup> Raynaud D. "L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins", *Etudes et résultats*, n°229, 2003

<sup>22</sup> Conférence Nationale de Santé, Avis du 22 Mars 2007

<sup>23</sup> Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., "Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents", *Questions d'économies de la santé* n° 118, IRDES, 2007

<sup>24</sup> Assessing the Performance of Medical Care Systems: A Method and Its Application, Paul A. Nutting, Gregory I. Shorr, Barton R. Burkhalter, *Medical Care*, Vol. 19, No. 3 (Mar., 1981), pp. 281-296

<sup>25</sup> Lombrail P., Pascal J., "Inégalité sociales de santé et accès aux soins", *Sève*, automne 2005

considérable des médecins renonce à répondre à la demande de soin et par conséquent de prodiguer des soins à ces bénéficiaires, tout comme aux bénéficiaires de l'AME (aide médicale de l'état).

Une étude a été réalisée sur la couronne d'île de France dans le 94<sup>26</sup>, le nombre de refus est interpellant notamment chez les médecins généralistes de secteur 2 avec une estimation de 16,7% et de 41% pour les médecins spécialistes de secteur 1 et 2. Enfin, on trouve un refus de soins estimé à 39,1% chez les dentistes. Plusieurs arguments<sup>27</sup> peuvent expliquer ces refus : une logique économique, une méconnaissance de la loi ou encore des préjugés sur les bénéficiaires. Néanmoins, cette étude sur les médecins a permis d'identifier des attitudes positives des médecins à recevoir des bénéficiaires de la CMU.

Cet accès primaire est l'élément préalable à toute action sur les inégalités d'accès secondaire aux soins. Le respect de la loi et la sensibilisation des médecins aux besoins particuliers des individus en situation de précarité en sont des aspects incontournables.

#### b) Inégalités d'accès secondaire aux soins par omission

Les inégalités secondaires décrites par M. Lombrail doivent être entendues comme d'une part les inégalités par "omission" : non intentionnelles et résultant soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soin soit de la non satisfaction au moment de son identification<sup>28</sup>, ou entendues d'autre part comme les inégalités par "construction". Nous traiterons tout d'abord des inégalités par omission.

##### b1 : Inégalités par omission : la non reconnaissance d'un besoin

*"La connaissance de la pratique d'une deuxième dose de Rougeole-Oreillon-Rubéole chez les enfants de 3 à 6 ans est, chez les femmes, différente selon le diplôme obtenu : 46,2 % des femmes n'ayant pas de diplôme ou le certificat d'études primaires déclarent être informées de cette vaccination vs 61,9% parmi les plus diplômés"*<sup>29</sup>. Ce constat nous interroge sur son origine, résulte-t-il de facteurs psychosociaux ou culturels des femmes concernées, d'une attitude différente des médecins en fonction du niveau d'étude des femmes? Ces interrogations peuvent nous renvoyer à différents concepts développés en sociologie de la santé et notamment à l'existence d'une distance sociale<sup>30</sup> ou encore d'une distance culturelle<sup>31</sup> entre le médecin et la patiente. Ces deux notions agrémentent que les membres des milieux populaires ont souvent des représentations du corps et de la maladie différentes du système médical représenté par le médecin. De ce fait, la communication avec le médecin ou encore les messages de préventions peuvent être altérés par cette divergence de fond qu'on retrouve peu dans les milieux favorisés où médecins et patients partagent en général les mêmes représentations.

Toutefois, cet exemple, montre également l'importance de la place du médecin à identifier ou à repérer le besoin d'information des individus moins sensibilisés. Ainsi, cela nous conduit à nous demander la manière dont le médecin pourrait prendre conscience d'un besoin d'information de ses patients. Par exemple, la connaissance de la Catégorie Socio Professionnelle du patient par le médecin pourrait inciter le professionnel à délivrer davantage d'information. Néanmoins, cet indicateur devrait faire l'objet d'une vigilance particulière afin d'éviter que la CSP devienne stigmatisante pour les patients.

##### b2 : Inégalités par omission : non satisfaction du besoin au moment de son identification

S'agissant du concept d'inégalité secondaire par omission de M. Lombrail nous pouvons nous appuyer sur les données du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

---

<sup>26</sup> Despres C., Naiditch M., "Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU: une étude dans 6 villes du Val de Marne", DIES, 2006.

<sup>27</sup> Idem et Rapport de médecin du monde: Testing sur le refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, Octobre 2006.

<sup>28</sup> Inégalités sociales de santé et accès aux soins, P. Lombrail, J. Pascal, *Sève*, Automne 2005.

<sup>29</sup> D'après les réponses aux questionnaires du Baromètre santé 2000. CFES-INPES,

<sup>30</sup> L. Boltanski, Les usages sociaux du corps, Paris, Annales, Economies, Sociétés, Civilisations, 1971.

<sup>31</sup> M.T. Lacourse, *Sociologie de la santé*, édition Chenelière Education, 2006

Concernant le frottis du col de l'utérus<sup>32</sup>, il paraît important de spécifier que les femmes en situation précaire sont 82% à avoir bénéficié d'un frottis contre 89 % chez les non précaires. De plus, cet acte est effectué, dans une période inférieure à 3 ans, par seulement 76% des femmes en situation précaire contre 84 % des femmes non précaires. En outre, les médecins seraient à l'origine de cet examen dans 77% des cas, et la patiente dans 18,4% des cas.<sup>33</sup> D'ailleurs la motivation de ces patientes pour l'examen est souvent liée à la notion de cancer de famille.

Concernant, la mammographie chez les 50-69 ans<sup>34</sup> on peut remarquer une nette différence entre les femmes en situation précaire ou non. Les femmes en situation de précarité sont 73% à avoir bénéficié d'une mammographie contre 91% des femmes en situation non précaire. Le rôle du médecin est à souligner mais également la motivation de suivi régulier de l'examen. Une fois sur deux (55% des cas) le médecin a incité la patiente à s'engager dans cette démarche dans le cadre d'un suivi régulier<sup>35</sup>. Lorsque l'examen est une initiative des patientes, l'une des motivations la plus retrouvée est: la volonté d'un suivi régulier (près d'une fois sur deux).<sup>36</sup> Si on fait un ratio de ces constats, on se rend rapidement compte que cet examen s'inscrit une fois sur deux dans le cadre d'un contact régulier avec le médecin et nous pouvons d'ores et déjà penser que les individus vulnérables avec peu de contact avec le médecin ne sont pas les premiers à bénéficier de cet examen.

Enfin, concernant la couverture vaccinale<sup>37</sup>, on constate une nette méconnaissance du statut vaccinal des enfants en situation précaire contrairement aux enfants en situation non précaire. Les enfants en situation précaire demeurent moins vaccinés contre le tétanos, contre la poliomyélite et contre l'hépatite B.

### c) Inégalités par construction

Les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer voire à accentuer des inégalités<sup>38</sup>. Nous pouvons illustrer ce concept avec des fréquences de participation aux dépistages organisés nettement plus faibles chez les femmes à faibles revenus. Par exemple, l'enquête Santé 2002 de l'Insee<sup>39</sup> dans le Nord et le Pas de Calais, recense une nette influence des revenus sur la participation au dépistage. La fréquence d'une mammographie est moins importante chez les femmes vivant dans les ménages à faibles revenus, bénéficiant du RMI ou de la CMU. Nous pouvons donc penser que l'établissement du programme de dépistage n'a pas considéré la prise en compte des données sociales pour inciter les personnes les plus vulnérables à participer.

Toutefois, les inégalités par construction sont de plus en plus considérées en France. Tout d'abord, l'objectif 34 de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 préconise une réduction des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires. Ensuite, un des cinq axes prioritaires<sup>40</sup> du Plan Régional de Santé Publique d'Ile de France (2006-2010) est tout particulièrement consacré à "*promouvoir la santé auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale*".

Ne pouvant agir sur les mécanismes complexes sur le plan social et sur le plan biologique des inégalités sociales de santé désormais connus<sup>41</sup> tels que de manière non exhaustive: les revenus, les

<sup>32</sup> Nantes-St-Nazaire, Pascal et al, 2006 repris dans un diaporama de P. Lombrail : Concilier protection des plus vulnérables et principes d'égalités. Paris, 14 Novembre 2006

<sup>33</sup> Baudier F., "Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées", *Baromètre de santé 2005*, INPES, 2005.

<sup>34</sup> Nantes-St-Nazaire, Pascal et al, 2006 repris dans un diaporama de P. Lombrail : Concilier protection des plus vulnérables et principes d'égalités. Paris, 14 Novembre 2006.

<sup>35</sup> Baudier F., "Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées", *Baromètre de santé 2005*, INPES, 2005.

<sup>36</sup> Idem

<sup>37</sup> Nantes-St-Nazaire, Pascal et al, 2006 repris dans un diaporama de P. Lombrail : Concilier protection des plus vulnérables et principes d'égalités. Paris, 14 Novembre 2006.

<sup>38</sup> Inégalités sociales de santé et accès aux soins, P. Lombrail, J. Pascal, *Sève*, Automne 2005

<sup>39</sup> Prouvost H., Poirier G., "Influence des facteurs socio-économiques sur le recours aux dépistage du cancer des femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultat de l'enquête décennale Santé, France, 2002", *BEH*, 23 janvier 2003.

<sup>40</sup> Axes consultables au [www.drassif.fr](http://www.drassif.fr)

<sup>41</sup> Se référer au QES n° 118, février 2007 et QES n° 92, février 2005

conditions de travail, le niveau d'étude, la catégorie socio professionnelle, la profession du père..., nous aborderons le thème des inégalités sociales de santé sous l'angle du rôle du médecin.

## II/ LES MEDECINS ACTEURS EN MATIERE D'EGALITE D'ACCES AUX SOINS : EXEMPLE DE RESULTATS DE L'OUTRE MANCHE

La préoccupation des inégalités de santé n'est pas spécifique à la France, d'ailleurs si nous nous référons au modèle de Whitehead<sup>42</sup>, nous pouvons largement visualiser que la France n'est qu'au début du spectre d'action des inégalités sociales contrairement à l'Angleterre.

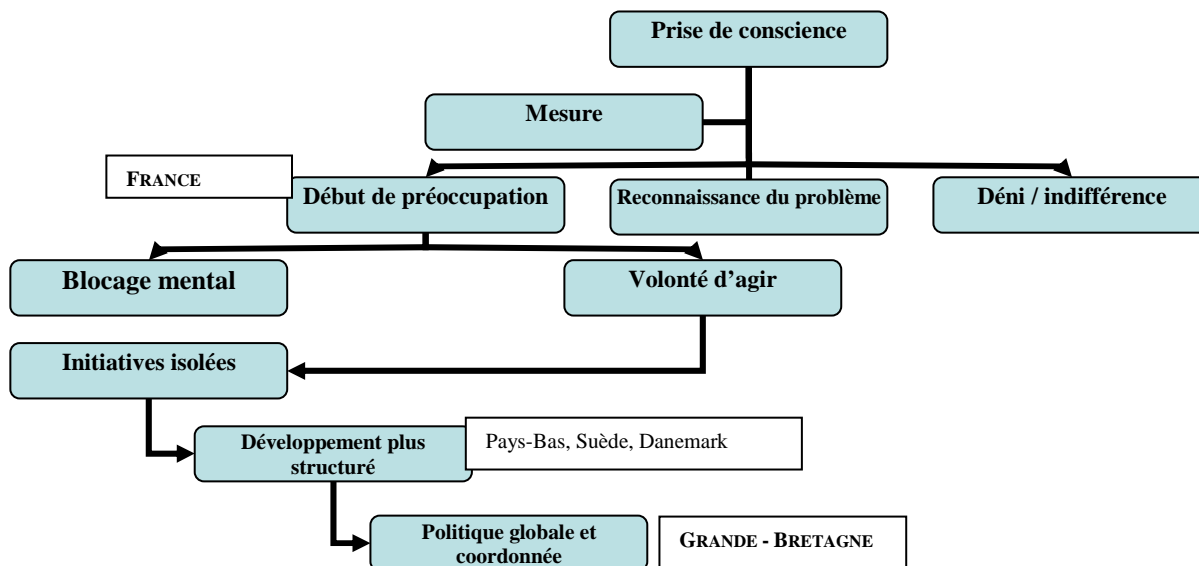


Figure 1 : Modèle de Whitehead, 1998, traduit et adapté pour quelques pays européens.

Ce modèle permet de considérer les différentes phases du processus de mise en place de politiques de lutte contre les inégalités. En nous appuyant sur cette grille d'analyse, la Grande Bretagne est en avance concernant les démarches de politiques volontaristes de réduction d'inégalités de santé. Ce constat peut s'expliquer par la prise de conscience sur ce thème depuis le début des années 1980 avec la parution de plusieurs rapports dont le célèbre rapport Black<sup>43</sup> (commandité en 1977). En France, la question des inégalités sociales de santé<sup>44</sup> en tant que telle n'est apparue qu'en 2004. De ce fait, l'Angleterre a pu développer un programme d'action combinant des politiques nationales et des interventions locales à destination des individus en situation de précarité.

La présentation préalable d'un article traitant d'une intervention locale où le rôle du médecin est au cœur de la question des inégalités de santé, nous conduira ensuite, à l'étude d'un second article s'inscrivant dans une approche globale et intégrée du système de soins britannique. Enfin, nous discuterons des deux approches afin de considérer leurs limites.

### **1. Une intervention locale : un accès aux soins primaires équitable**

Pour débiter, l'article "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community"<sup>45</sup>, de Marsh G.N. et Channing D.M. nous permettra d'illustrer dans quelle mesure le médecin a un rôle à jouer dans le cadre d'un programme à initiative locale en périphérie de Sockton.

<sup>42</sup> Adaptation et traduction du Modèle de Whitehead, 1998 à l'aide de *Questions d'économies de la santé* n° 93, IRDES, 2005.

<sup>43</sup> Black D., *Inequalities in Health : The Black Report*, Pelican, 1982.

<sup>44</sup> Les objectifs de la loi relative à la politique de santé Publique, 9 août 2004

<sup>45</sup> Marsh GN, Channing DM "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community", *British Medical Journal*, volume 296, 16 January 1988

a) Contexte et méthodologie de l'étude

Les études ultérieures de l'équipe de Marsh au Nord Est de l'Angleterre ont permis de mettre en avant plusieurs différences entre une communauté favorisée et une défavorisée (confirmer par des chiffres nationaux). En effet, malgré un accès égalitaire de ces deux communautés à une équipe de soins de santé primaire (comprehensive primary health care), la communauté défavorisée présentait un taux de morbidité plus élevé et un intérêt moindre en matière de soins préventifs. Le but de cette étude était d'améliorer les soins préventifs dans les communautés défavorisées. L'analyse s'est faite sur une période de 15 mois entre le 01/01/1986 date à laquelle le programme a été mis en place, et le 31/03/87 date où les données ont été extraites du dossier médical. Au total, 590 patients de la communauté défavorisée ont été comparés à 590 patients de la communauté favorisée. La comparaison a pu avoir lieu par l'association de chaque patient défavorisé à un patient favorisé avec une identité d'âge, de sexe et de distance du médecin.

b) Le rôle du médecin à travers des indicateurs équitables

Dans cette étude les patients favorisés (individus de référence ou contrôles) continuèrent de recevoir les prestations normales, disponibles pour tous les autres patients tels que brochures de prévention dans les salles d'attentes, conseils des infirmières pour les enfants et publication trimestrielle des lettres des médecins.

En ce qui concerne les patients issus de la communauté défavorisée des mesures supplémentaires ont été adoptées. Tout d'abord, sur la première page du dossier médical de ces patients était fixée une carte présentant les membres de la famille avec des cases pour les items de soins préventifs appropriés (distinction entre les < 16 ans et les > 16ans).

| Nom :                       |                   |      | Adresse:                                  |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |
|-----------------------------|-------------------|------|---|--------------|---|------------|---|-----------------|----------------------------|----------------------|----------------|
| <b>PERSONNES DU FOYER :</b> |                   |      |   |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |
| Prénoms (>16 ans)           | Date de naissance | Sexe | Date fumeur (oui/non)                     | Date tétanos | Date pression artérielle                  | Date urine | Date conseil familial                       | Date de frottis | Date Méthode contraceptive | Tout est complet (V) |                |
|                             |                   |      |   |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |
|                             |                   |      |   |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |
| Prénoms (<16 ans)           | Date de naissance | Sexe | 1 <sup>er</sup> injection: D T polio Petr |              | 2 <sup>de</sup> injection: D T polio Petr |            | 3 <sup>em</sup> e injection: D T Polio Petr |                 | Mesure de l'immunisation   | Rappel D T polio     | Commentaires : |
|                             |                   |      |   |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |
|                             |                   |      |   |              |   |            |   |                 |                            |                      |                |

Pour la vaccination : V (fait), I (infecté), C (contre indication), R (refus) et date de rappels

Figure 2 : Quelques items traduits de la "care record card"<sup>46</sup>

La première mesure consistait à ce que chaque item soit complété, la date devant être inscrite par le médecin. Une case non remplie devait interpeller le médecin sur les soins préventifs en retard ou non résolus. De cette manière, les médecins étaient incités en début de consultation à discuter des soins préventifs en retard de chacun des membres de la famille quelque soit celui qui consultait. La seconde mesure induite par la précédente concernait les infirmières qui devaient être informées en continu des cartes de données afin de discuter et d'encourager les soins préventifs à domicile. La troisième mesure prévoyait l'envoi de lettres formelles (au nombre de 2 pendant l'étude) à la personne de sexe féminin la plus âgée de la famille. Celle-ci décrivait les items en suspend pour chaque membre de la famille et les membres sans items en suspend étaient félicités. La quatrième mesure était essentiellement basée sur la rapidité des réponses aux demandes de soins préventifs des personnes défavorisées, les infirmières faisant en sorte de réorganiser leur journée et

<sup>46</sup> Adaptation et traduction de "Example of preventive health care record card", p. 174, *BMJ*, volume 296, 16 January 1988

les réceptionnistes donnaient des rendez-vous aux malades téléphonant dans un laps de temps réduit.

La cinquième mesure concernait tout particulièrement les médecins. Une fois par trimestre, ceux-ci publiaient la proportion des patients défavorisés pour qui les différents items de soins préventifs avaient été complétés.

La sixième mesure était d'organiser des réunions mensuelles afin de permettre au comité de soins primaires de discuter des progrès et des difficultés rencontrées. Cette mesure permettait de maintenir l'enthousiasme et de coordonner les efforts de l'équipe.

Enfin, la septième mesure a été mise en place dans le dernier quart de la campagne où médecins et infirmières intervenaient à domicile pour fournir des soins préventifs en suspend, et ce particulièrement chez les ménages récalcitrants.

### c) Des résultats encourageants

Concernant les enfants et la vaccination, une hausse significative de la proportion des vaccinations chez les enfants défavorisés a été constatée entre 1984 et 1987. (30 % en 1984 contre 57 % en 1987 pour les enfants entre 6 mois à 5ans). Bien que l'écart entre les enfants dans un contexte favorisé et défavorisé ait été considérablement réduit après cette campagne, des différences perdurent. Les enfants du groupe "contrôle" demeurent significativement plus souvent totalement immunisés que les enfants issus de la communauté défavorisée et plus spécifiquement chez les enfants entre 5 et 15ans.

Quant au taux de frottis vaginal, il a été amélioré chez les patientes défavorisées pour toutes les classes d'âge et notamment le groupe des 46-49 ans dont le taux avant la campagne était faible.

S'agissant des autres critères <sup>47</sup>: vaccination antitétanique, pression artérielle, analyse urinaire, présence d'hommes et de femmes en bonne santé en consultation, connaissance du tabagisme, la tendance selon laquelle les individus classés comme défavorisés obtiennent de moins bons résultats que les patients "contrôle" s'inversent significativement.

D'après les résultats, ce programme de 15 mois améliore considérablement la délivrance de soins préventifs à l'égard des patients défavorisés. D'ailleurs, ce programme est décrit dans cet article comme unique en Grande-Bretagne et comme permettant d'arriver à une comparabilité de soins préventifs entre les deux catégories de patients à un niveau certainement jamais atteint. Il est essentiel de souligner que ce programme s'inscrit dans une démarche équitable et non égalitaire. Les sept mesures du programme sont appliquées uniquement pour les patients de la communauté défavorisée. Dans ce contexte, il est légitime de penser que si les patients de la communauté favorisée avaient bénéficié des mêmes attentions, l'écart de soins préventifs entre les deux populations aurait perduré. Néanmoins, l'importance d'une attention opportuniste du médecin semble indéniable afin de réussir à diminuer considérablement les inégalités sociales de santé.

## **2. Un programme intégré dans le système national de santé: rémunération des médecins en fonction de la qualité des soins prodigués**

Maintenant, nous allons exposer une étude différente car intégrée dans le service national de santé britannique et fondée sur l'incitatif financier.

### a) Contexte et méthodologie

Tout d'abord, il semble nécessaire de noter que le système de soin du Royaume-Uni est un système de santé national financé à part entière par l'impôt contrairement à la France où le système de santé est assurantiel et dépend principalement des cotisations sociales et du vote de l'ONDAM (Objectif Nationaux des Dépenses de l'Assurance Maladie). Dans ce cadre unifié britannique, des différences en termes de délivrances de soins primaires ont été rapidement considérées et quelques mesures de qualité de soins primaires ont été introduites dans ce système depuis 1998. L'introduction de guides de bonnes pratiques dans les cabinets médicaux afin d'améliorer la qualité des soins peut être un exemple de ces quelques mesures.

---

<sup>47</sup> Indicateurs présents dans la "care record card" du Programme de l'équipe de Marsh

Dans ce contexte, en 2004, le National Health Service (Service national de Santé) britannique a introduit un contrat consistant à inciter les généralistes à améliorer la qualité des soins pour une durée de trois ans. Ce contrat est appelé "Pay-for-performance" (rémunérations liées aux performances) et comme son nom l'indique il augmente les revenus existants en fonction des résultats. Dix maladies chroniques sont étudiées dans ce contrat où chacune des maladies se déclinent en plusieurs indicateurs. Les dix maladies chroniques<sup>48</sup> ciblées dans ce programme sont: l'asthme, le cancer, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la maladie coronarienne, le diabète, l'épilepsie, l'hypertension artérielle, l'hypothyroïdie, les maladies psychiatriques à long terme et les attaques ischémiques. Par exemple pour l'hypertension, nous trouvons 7 indicateurs<sup>49</sup> associés à des points et un type de rémunération supplémentaire selon le pourcentage de patients éligibles pour chacun des indicateurs.

Les rémunérations en plus des médecins découlent du nombre de points qu'ils ont acquis et du nombre de patients éligibles traités.

| <b>INDICATEUR</b>  | <b>POINTS</b> | <b>ECHELLE DE PATIENT MINIMUM POUR LA REMUNERATION</b> |
|--|---------------|--|
| <b>Dossier Médical</b>   |               |  |
| Hypertension 1 : Enregistrement d'une manifestation d'hypertension | 9             |  |
| <b>Gestion</b>   |               |  |
| Pourcentage de patients :  |               |  |
| Hypertension 2 : Statut de fumeur enregistré                       | 0-10          | 25-90%   |
| Hypertension 3 : Conseil pour arrêter de fumer (pour les fumeurs)  | 0-10          | 25-90%   |
| Hypertension 4 : Prise de la pression artérielle                   | 0-20          | 25-90%   |
| Hypertension 5 : Pression artérielle de 150/90mmHg ou moins        | 0-56          | 25-70%   |

*Figure 4 : Exemple d'indicateurs pour l'hypertension traduits d'après les documents disponibles en annexe par les auteurs du programme "Pay-for-Performance programs" <sup>50</sup>*

La méthodologie de cette étude est relativement simple car les données ont été extraites automatiquement des systèmes informatiques de 8105 cabinets de généralistes en Angleterre durant la première année de ce programme (entre Avril 2004 et Mars 2005). Puis, les proportions de patients éligibles pour un indicateur de qualité clinique pour lequel l'objectif était atteint (succès rapporté) et la proportion totale du nombre de patients atteints d'une maladie chronique pour lequel un indicateur de qualité était atteint (succès de population) étaient étudiées. Ensuite, une analyse par la régression multiple a permis de déterminer dans quelle mesure les cabinets atteignaient des scores élevés en considérant les patients comme non éligibles pour les indicateurs correspondant aux dix maladies chroniques.

Les patients pouvaient être classés comme non éligibles du schéma du programme à partir de critères bien définis comme par exemple : le refus d'un acte diagnostic ou d'un traitement par le patient, l'allergie d'un patient ou une réaction indésirable à un médicament spécifique ou encore une contre-indication au traitement. Les rapports d'exception émis par les cabinets étaient néanmoins examinés afin de déterminer si le nombre de patients exclus de l'étude différait entre les cabinets des généralistes.

#### b) Des résultats globalement positifs

Le bilan de la première année de ce programme est très positif. Le taux moyen de succès des cabinets de 83,4 % est un facteur encourageant pour continuer ce programme. L'incitation

<sup>48</sup> Pour les indicateurs spécifiques de chaque maladie se référer : Supplementary Appendix , Doran T., Fullwood C., et al. Pay-for-performance programs in family practices in the united Kingdom. N Engl J Med 2006; 355:375-84, disponible en ligne sur le site [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

<sup>49</sup> Idem

<sup>50</sup> Idem

financière permet d'assurer la participation des médecins à ce programme et de respecter l'utilisation des grilles d'indicateurs fournies pour chacune des maladies chroniques.

L'aspect positif de ce programme est qu'il agit sur les inégalités de santé par l'utilisation des indicateurs devant être appliqués pour tout patient éligible. Par conséquent, si cette démarche est respectée tous les patients bénéficient des mêmes soins primaires concernant les dix maladies chroniques prévues par le programme. Toutefois, il semble légitime de relever que les caractéristiques des patients (âge et catégories socio-économiques) et des cabinets (taille, nombre de médecins, âge du médecin et lieu d'étude du médecin) ont des effets modérés mais significatifs dans cette étude. S'agissant des taux de rapports d'exception, ils sont peu nombreux mais représentent le meilleur prédicteur de taux de succès<sup>51</sup>.

Cependant, étant donné que les cabinets les plus performants en terme de délivrance de soins ont rarement exclus beaucoup de patients, il paraît concevable que les médecins soient incités à délivrer des soins équivalents à tous et à gommer la plupart des inégalités de santé.

Toutefois, des études ultérieures semblent nécessaires afin de déterminer si les cabinets de médecins excluent des patients pour de réels motifs cliniques ou dans l'optique d'augmenter leurs revenus.

### **3. Discussion sur ces études: limites à considérer pour une éventuelle application au contexte français**

Avant de s'interroger sur une éventuelle mise en place de ce type de programme ou de campagne en France, nous devons souligner la particularité et les limites de ces études.

#### **a) Les infirmières : un rôle prédominant dans le service national de santé**

Le rôle des infirmières dans la délivrance des soins primaires est également à souligner et tout particulièrement concernant les résultats de la campagne de l'équipe de Marsh. En effet, au cours des visites à domicile, c'est l'infirmière qui était chargée de rappeler aux familles les soins préventifs non effectués, de solliciter la prise de rendez-vous et de réorganiser ses journées afin de réduire l'attente des patients défavorisés.

D'ailleurs, le rôle des infirmières dans la délivrance des soins primaires peut être relevé plus spécifiquement au sujet de la vaccination. En effet, l'atteinte des taux de succès des médecins en matière de vaccination dépend indéniablement des actions des infirmières auprès des familles qui refusent de se présenter aux rendez-vous de vaccination comme le souligne l'étude de Lynch menée à Glasgow en Ecosse<sup>52</sup>.

La place des infirmières dans ces études repose directement sur la séparation des différents niveaux de soins du système de santé national britannique. Les soins primaires<sup>53</sup> sont majoritairement délivrés par des médecins généralistes et un personnel associé où les infirmières sont de plus en plus présentes et les soins nécessitant un avis spécialisé sont délivrés à l'hôpital où sont majoritairement regroupés les médecins spécialistes.

Suite à ce constat, il paraît légitime de s'interroger de quelle manière en France de telles campagnes concernant les soins primaires peuvent être menées dans un contexte où les infirmières ne collaborent pas avec les médecins d'une part, et d'autre part, dans un contexte où les soins primaires n'ont pas réellement de place.

#### **b) Les déficiences de l'incitation financière : persistance d'inégalités**

Tout d'abord, s'agissant des incitatifs financiers consistant à améliorer la qualité et la standardisation des soins comme nous l'avons traité dans la présentation du programme "Pay for a performance system", l'objectif semble être atteint. Néanmoins, des questions restent en suspens concernant le taux d'exception. Celui-ci comme nous l'avons traité peut soit masquer un éventuel

<sup>51</sup> Une hausse de 1% du taux des rapports d'exception impliquait une augmentation de 0,31% de succès rapportés.

<sup>52</sup> Lynch M., "Effect of practice and patient population characteristics on the uptake of childhood immunizations", *British Journal of General Practice*, 1995, 45, 205-208.

<sup>53</sup> Bourgueil Y., Marek A., Mousqués J.; "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec", *Questions d'économies de la santé* n° 95, IRDES, 2005.

non investissement des médecins à l'égard des patients où des progrès sont peu attendus (avec une faible rémunération à la clé), soit prendre en compte des patient ne pouvant réellement pas participer au programme. D'après nos informations nous ne pouvons pas connaître la proportion de l'un des deux supposés, c'est pourquoi il paraît juste de considérer ce taux ambivalent avant de conclure définitivement sur le bénéfice des indicateurs.

Ensuite, l'étude de Lynch<sup>54</sup>, nous permet de déconstruire l'idée d'une relation directe entre une rémunération incitative et des résultats concluants sur la pratique générale de la vaccination. En effet, à partir de données anonymes de 208 cabinets faisant partie du Greater Glasgow Health, les cabinets médicaux atteignant la cible haute de vaccination représentait les quartiers les plus riches. A l'inverse, les cibles de vaccination basses et en échec se trouvaient majoritairement dans les quartiers les plus défavorisés. D'après ce constat, on peut mettre en évidence que les enfants les plus exposés aux risques de contamination liés aux maladies infectieuses demeurent dans cette étude les moins vaccinés. Nous pouvons dans le cadre de cette étude énoncer la règle de la loi inversée de soins ("the inverse care law") développé pour la première fois en 1971<sup>55</sup>.

### c) Entre équité et égalité : la détermination du juste milieu à trouver

Outre certains aspects des inégalités qui perdurent et des obstacles inhérents à notre système de soins, il semble essentiel de conserver l'idée que le médecin peut être au cœur du thème des inégalités sociales de santé.

La question est de savoir de quelle manière il est possible de réduire les inégalités sociales de santé pour en déterminer l'implication du médecin. Faut-il s'inscrire dans une démarche équitable où il est essentiel de faire plus pour les individus défavorisés à l'idée de l'étude de Marsh ? Ou faut-il s'engager dans une démarche égalitaire où les indicateurs de qualité de santé vont être utilisés pour tous les individus sans distinction des facteurs sociaux économiques à l'image du programme intégré dans le système de soin britannique ?

Si nous reprenons les principes de M. Lombrail, concernant les inégalités d'accès secondaire, la démarche égalitaire avec des indicateurs pour tous répondrait aux inégalités par « omission » alors que l'optique d'une démarche plus équitable pourrait pallier les inégalités par « construction ».

## **III/ UNE ACTION SUR LES INEGALITES DE SANTE EN FRANCE : UTILISATION D'INDICATEURS PAR LES MEDECINS**

En nous appuyant, d'une part sur les concepts développés par M. Lombrail et d'autre part sur les expériences que nous avons étudiées, la mise en place d'indicateurs de santé en médecine générale paraît pertinente concernant la question des inégalités d'accès aux soins primaires. Etant donné que les résultats des deux études que nous avons traitées étaient encourageants lorsqu'elles se déroulaient dans le cadre de la médecine générale nous centrerons notre propos dans ce cadre.

Le choix des indicateurs fera l'objet d'une première partie, la participation des médecins fera l'objet d'une seconde partie et enfin la question de la mise en place d'indicateurs sera brièvement abordée dans une troisième partie.

### **1. Le choix des indicateurs : un préalable incontournable**

Les données sociales ne peuvent être oubliées alors qu'elles sont parties intégrantes du patient et de sa relation avec le système de soin.

#### a) Des données sociales : une réponse aux inégalités par construction

A l'idée de l'étude de Marsh, il paraît légitime de porter une attention particulière aux individus défavorisés afin d'assurer une délivrance de soins primaires comparable entre des individus favorisés et défavorisés.

---

<sup>54</sup> Maurice Lynch, "Effect of practice and patient population characteristics on the uptake of childhood immunizations", *British Journal of General Practice*, 1995, 45, 205-208

<sup>55</sup> Hart JT "The inverse care law", *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12

Néanmoins, le programme de l'équipe de Marsh adoptant un large panel de mesures en direction des patients défavorisés paraît peu concevable en médecine générale à long terme en France. Ceci nécessiterait une totale réorganisation du système de santé français et plus particulièrement : la redéfinition du rôle des infirmières<sup>56</sup> en France et la création de nouveaux statuts administratifs. La réorganisation du système de soins n'étant pas l'objet de notre travail nous ne traiterons pas ce thème.

Cependant, la considération des caractéristiques des patients par le médecin semble être une alternative réalisable. Plus particulièrement, la prise en compte des données sociales par le médecin du patient apparaît alors comme une perspective intéressante.

A partir des données sociales, nous pouvons penser que le médecin peut modifier son approche avec le patient et ainsi adapter son attitude pour chercher à répondre aux besoins des patients en fonction de leurs caractéristiques. Les indicateurs peuvent, de cette manière, faire le lien entre le médecin et le malade et facilitant ainsi l'identification d'un besoin de soin lorsque les patients n'en formulent pas la demande.

Nous développerons quatre pistes d'indicateurs sociaux : l'âge, le sexe, le métier, la situation familiale.

D'une part, la demande systématique de l'âge paraît essentielle pour considérer les examens à faire selon l'âge du patient. Par exemple, chez l'enfant, l'âge est une donnée indispensable pour connaître le calendrier des vaccins. D'autre part, l'âge peut jouer un tout autre rôle chez les personnes âgées, par exemple : considérer les démences qui sont fréquentes dans cette classe d'âge. L'âge peut de cette manière inciter le médecin à modifier son approche et lui apporter une indication pour un diagnostic.

De plus, le sexe apparaît lui aussi comme une variable incontournable bien que celle-ci soit en général bien prise en compte car facilement identifiable. La prise en compte du genre sexuel est un moyen pour le médecin de reconsidérer les éventuels besoins de la femme en gynécologie ou encore de l'homme pour ce qui est du cancer de la prostate.

Ensuite, la considération du métier du patient par le médecin est à souligner sous plusieurs aspects. D'abord, nous pouvons émettre l'hypothèse que la connaissance du métier ou de l'absence de métier renseigne le médecin sur les conditions économiques de son patient et par conséquent des désinformations ou faible considération de la santé par celui-ci. Le médecin peut s'efforcer d'adopter une attention plus particulière à un patient faisant appel à des représentations de la maladie comme une fatalité. Ces représentations concernent souvent les personnes avec de faibles revenus où les messages de prévention sont peu considérés<sup>57</sup>, le rôle de cet indicateur prend alors toute son importance dans ce contexte. De plus, si le patient exerce un métier, le type de métier peut orienter les médecins à déceler des pathologies directement en relation avec l'activité professionnelle du patient. Même si l'objectif de la consultation chez un généraliste n'est pas de remplacer la médecine du travail, il paraît important que le médecin généraliste puisse penser à un syndrome du canal carpien si son patient a mal au poignet et qu'il est ouvrier dans une entreprise de serrage de bouchons de bouteilles par exemple.

Enfin, la situation familiale du patient semble être aussi une donnée à examiner. L'équipe de Marsh<sup>58</sup> l'avait d'ailleurs beaucoup développée afin d'insister sur une délivrance des soins primaires pour toute la famille. Dans cette perspective, on peut penser que la connaissance du nombre d'enfants et de l'âge des enfants d'une patiente peut être important pour d'une part la sensibiliser sur les besoins de ses enfants et d'autre part considérer son suivi gynécologique. Une autre illustration peut être celle d'une personne âgée veuve sans enfant qui demande à son médecin des somnifères. La connaissance du contexte d'isolement de la personne âgée, peut conduire le médecin à identifier un autre besoin que celui de dormir. Dans ce cadre, l'information sur la

---

<sup>56</sup> Bourgueil Y., Marek A., Mousqués J.; "La participation des infirmières aux soins aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec", *Questions d'économie de la santé*, n° 95, Juin 2005.

<sup>57</sup> Adam P., Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, collection 128, Armand Colin 2004 et Boltanski L., *Les usages sociaux du corps*. Paris, Annales, Economies, Sociétés, Civilisations, 1971.

<sup>58</sup> Se référer à la "record health care card" dans l'article: Marsh G N, Channing D M, "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community"

situation familiale de la patiente peut permettre au médecin de repérer une éventuelle souffrance psychique et de l'orienter par exemple vers un psychologue.

Les données sociales présentées ne prétendent en aucun cas d'être exhaustives, elles représentent uniquement des pistes de réflexions. Néanmoins celles-ci laissent penser que la dimension sociale des patients paraît importante. Cette première étape d'identification du patient permettrait au médecin de repérer les individus vulnérables et d'adopter une attention particulière à la délivrance de soins primaires. En reprenant les concepts de M. Lombrail sur les inégalités d'accès secondaire par construction, les indicateurs sociaux apparaissent comme une réponse car dans ce contexte les facteurs psychosociaux sont considérés.

#### b) Les indicateurs de santé : réponse aux inégalités par omission

Nous déterminerons des indicateurs de santé à partir des constats et des études que nous avons étudiés et nous utiliserons un guide de médecine préventive<sup>59</sup> à titre indicatif. Encore une fois, les indicateurs que nous allons proposer ne sont en aucun cas exhaustifs. Ils doivent être considérés avant tout comme des pistes de réflexion et permettant de répondre aux inégalités d'accès secondaire de soins par omission.

Toutefois, nous nous attarderons sur dix indicateurs que nous regrouperons en trois classes afin d'en simplifier l'énonciation.

S'agissant des indicateurs de prévention des cancers, il semble légitime d'après nos constats d'en considérer trois : le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col utérin. En effet, d'après nos constats, le taux de mammographie et de frottis vaginal demeurent assez différents selon la catégorie sociale des patients d'une part et d'autre part selon que la patiente bénéficiaire soit ou non à l'origine de la demande de l'examen. C'est pourquoi, dans ce contexte, le développement d'indicateurs systématiques sur les dépistages de ces cancers prend toute son importance afin de réduire les inégalités par omission de ces examens. En outre, concernant la prévention du cancer colo-rectal, comme le précise le baromètre de santé 2005 la pratique du dépistage est peu organisée alors que ce cancer représente la deuxième cause de décès par cancer<sup>60</sup>.

Ensuite nous pouvons considérer parallèlement : la prévention dentaire, la prévention vaccinale et la prévention de surpoids. Des indicateurs sur ces trois dimensions de soins sont pertinents et notamment chez les enfants si nous nous référons aux constats d'inégalités précoces que nous avons établis. Tout d'abord, le regard du médecin sur la bouche des enfants de façon systématique peut alerter certaines familles quant aux éventuels caries dont on sait qu'elles sont plus fréquentes chez les enfants défavorisés. Puis, la surveillance des vaccins par le médecin généraliste formalisée par des indicateurs semble une optique intéressante notamment pour éviter une couverture vaccinale moindre chez les enfants défavorisés mais également éviter une absence de rappel chez l'adulte. Un indicateur renseignant sur l'alimentation du patient peut être intéressant que ce soit chez les enfants ou les adultes. Nous pouvons penser par exemple à une brève interrogation du médecin sur l'alimentation de son patient. Par ce biais, il serait intéressant que le médecin puisse renseigner un indicateur spécifiant si le patient connaît ou non les recommandations d'une alimentation équilibrée. Un indicateur sur l'Indice de Masse Corporelle du patient peut aussi être une donnée à considérer notamment pour déceler un risque de surpoids.

Enfin, nous allons nous demander comment prendre en compte le tabac, la consommation d'alcool, l'hypertension artérielle et le diabète de type II.

S'agissant du tabac, il semble nécessaire que le médecin demande de manière systématique si le patient fume. D'une part, pour penser à proposer à son patient fumeur des conseils pour arrêter et d'autre part pour considérer ce facteur de risque commun à plusieurs maladies.

Il semble que la consommation d'alcool est à relever également, un indicateur sur la fréquence peut être un plus afin de pouvoir adopter une attitude préventive contre l'alcoolisme d'une part et d'autre part de proposer un suivi de manière équivalente à tous les patients.

---

<sup>59</sup> Fantino B., Fabry J., *Guide de médecine préventive: quinze questions à l'usage du généraliste*, Ellipses, 2001

<sup>60</sup> Idem

La prise de la tension artérielle semble aussi être une variable<sup>61</sup> incontournable car une fois l'hypertension artérielle identifiée, des prises en charges adaptées existent et réduisent notablement les risques de mortalité et de morbidité cardio-vasculaires.

Pour finir, un indicateur systématique renseignant sur la réalisation d'analyses d'urines semble pertinent. Celui-ci prend toute son importance s'il permet l'orientation du patient vers un autre examen et éviter une prise de conscience tardive du diabète de type II impliquant de lourdes conséquences. En outre, l'analyse d'urine peut aussi inciter le généraliste à délivrer des conseils sur un régime alimentaire à adopter après une analyse anormale.

La participation des médecins dans l'élaboration d'indicateurs à partir de facteurs de risques connus de la littérature<sup>62</sup> ou selon la fréquence des maladies rencontrées en pratique est incontournable pour compléter ces pistes d'analyses.

## **2. La participation des médecins : plusieurs niveaux**

S'agissant de la participation des médecins généralistes, nous pouvons rapidement saisir que sans l'utilisation des indicateurs par les médecins, les indicateurs de santé n'ont aucun sens.

Nous définirons un processus à plusieurs niveaux dans l'utilisation des indicateurs de santé par les médecins: l'adhésion au programme, l'identification des besoins et la délivrance de soins.

### **a) La participation : adhésion au programme**

Préalablement à toute mise en place des indicateurs et de leurs éventuels effets sur la délivrance de soins primaires, un engagement des médecins dans cette démarche est nécessaire.

En nous référant à l'étude " Pay for a performance programs", l'incitation financière permet un investissement des médecins à part entière dans l'utilisation d'indicateurs de façon systématique. L'importance du volet économique est une question à considérer pour impliquer les médecins dans une démarche de délivrance de soins primaires de manière automatique.

Toutefois, nous ne traiterons pas des modalités de financement des médecins, une étude plus approfondie est nécessaire afin d'étudier les meilleures solutions de financement pour inciter les médecins dans l'investissement d'une telle démarche.

### **b) La participation : utilisation des indicateurs**

La seconde étape de la participation des médecins après leur engagement réside dans la bonne utilisation des indicateurs qu'ils soient sociaux ou de santé. La dimension de l'utilisation d'indicateur de manière systématique est incontournable dans la perspective de délivrance de soins primaires pour tous.

Tout d'abord, si nous nous appuyons sur le programme mené au sein du service de santé britannique<sup>63</sup>, l'utilisation des indicateurs de santé de façon systématique est une solution pour considérablement atténuer les inégalités par omission<sup>64</sup>. Dans ce cadre, l'utilisation des indicateurs de santé peut devenir la base de l'identification des besoins primaires pour tous s'ils sont utilisés de manière standardisé et avec la même attention pour tous les patients. Si l'utilisation des indicateurs devient divergente entre les patients alors la question de la réduction des inégalités des soins par une grille d'analyse est dénuée de sens.

Dans ce cadre, la prise en compte du taux d'exception dans le programme " Pay for a performance programs" reflétant le nombre de patients " non éligibles " pour bénéficier des indicateurs prend toute son importance. En effet, en supposant que les patients les plus défavorisés soient exclus du programme alors les indicateurs perdent complètement leur rôle dans l'identification des besoins de santé primaire.

---

<sup>61</sup> Variables retrouvées dans les "Pay for a Performance Programs", dans l'étude de Marsh mais aussi dans le guide de médecine préventive utilisé dans ce travail.

<sup>62</sup> Le tabac par exemple est un facteur de risque connu

<sup>63</sup> Doran T. et al. "Pay-for-a Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom", *The New England Journal of Medicine*, volume 355; n° 4, July 27, 2006

<sup>64</sup> Selon les concepts de M. Lombrail développé préalablement : inégalités par omission sont définis comme non intentionnelles et résultant soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soin soit de la non satisfaction au moment de son identification

Afin de préserver l'utilité des indicateurs dans l'identification des besoins de soins primaires de tous les patients, le médecin doit s'engager et s'efforcer de respecter l'application des indicateurs de manière systématique. En reprenant une nouvelle fois les concepts de M. Lombrail, nous pouvons considérer que cette étape de la participation vise à pallier les inégalités de soins d'accès secondaire par omission et plus particulièrement par omission au niveau de la non identification du besoin.

c) La participation : réponse et délivrance du soin après identification du besoin

Enfin, la participation des médecins concerne la délivrance des soins primaires après une identification préalable des besoins de santé par le biais des indicateurs. Le médecin a une place fondamentale dans cette étape, l'utilisation des indicateurs devient inutile si le médecin ne les considère pas. Pour illustrer notre propos, nous pouvons prendre l'exemple d'un médecin qui constate que son patient a de l'hypertension artérielle en effectuant et notant la pression artérielle préconisée par les indicateurs alors que celui-ci ne prend aucune disposition pour faire d'autres examens afin de connaître si son patient a besoin d'un traitement. Le médecin dans ce contexte a donc conscience du besoin de son patient mais il n'y répond pas. Cette situation peut aisément représenter le concept d'inégalités d'accès secondaires par omission développé par M. Lombrail avec une non satisfaction du besoin au moment de son identification. Pour cela, nous pouvons penser que les individus les plus vulnérables seront davantage touchés par les inégalités par omission avec une non satisfaction du besoin au moment de l'identification. En effet, il est légitime de penser que les individus les moins préoccupés par leur santé ne vont pas faire la demande de soins à la suite d'une identification contrairement aux individus proches du domaine médical. C'est au médecin de s'investir à part entière dans cette réponse pour qu'elle soit équivalente pour tous.

Il paraît ainsi fondamental de répondre à l'inégalité des soins par omission du côté de la délivrance du soin. La question du délai de réponse est elle aussi une perspective à étudier qui faisait d'ailleurs partie des mesures renforcées de l'étude de Marsh<sup>65</sup> afin de faciliter l'accès aux soins de la communauté défavorisée.

Toutefois, nous ne pouvons considérer la création d'indicateurs de santé et l'utilisation et l'évaluation de ceux-ci sans une structure solidement organisée.

### **3. Une piste de structure : exemple du réseau ASDES**

La mise en place d'indicateurs proposés pourrait être adoptée par chaque médecin généraliste dans sa pratique. Néanmoins, nous pouvons formuler l'hypothèse qu'une démarche systématique à l'initiative individuelle des médecins paraît peu commune même si une convention signée entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et les médecins généralistes engagent les généralistes à faire plus de prévention<sup>66</sup>. De plus, si la démarche des médecins est personnelle, il est légitime de s'attendre à de grandes différences en termes de bénéfice sur la délivrance de soins primaires dans un contexte où chaque médecin choisit des indicateurs subjectivement et les utilise comme bon lui semble.

Un regroupement de médecins et de professionnels de santé pour mener un tel projet est un élément préalable afin de standardiser une démarche avec une perspective de délivrance de soins primaires pour tous. Dans ce travail nous ne prétendons pas donner une structure assurant la mise en place d'indicateurs de santé mais nous définirons quelques pistes de réflexions à développer à l'idée du fonctionnement d'un réseau de santé.

Concernant la structure, nous nous appuyons sur le fonctionnement d'un réseau de santé et plus particulièrement sur le réseau ASDES (Accès aux soins, aux droits et à l'éducation à la santé) qui est l'un des premiers réseaux en Ile-de-France, répondant à la notion nouvelle de "Réseau de santé", telle que le définit la loi du 4 mars 2002. Le réseau ASDES concerne l'ensemble de la population. Les critères d'inclusion utilisés par le médecin sont larges. L'inclusion d'un patient dans le réseau est effective lorsque le patient cumule trois facteurs de risques. L'exemple de ce réseau est intéressant car il est susceptible de s'adresser à toute personne et peut donc faire l'objet d'un

<sup>65</sup> Marsh, Channing Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community, BMJ, volume 296, 16 January 1988

<sup>66</sup> Selon l'avis du 22 mars 2007

caractère systématique. De plus, ce réseau à la particularité de s'attacher à une prise en charge globale des patients et notamment en direction des patients les plus vulnérables. Dans ce contexte, ce réseau vise à pallier les inégalités par construction. C'est pourquoi nous allons nous attacher à une partie de l'organisation du réseau pour visualiser dans quelle condition une action peut répondre à des objectifs.

a) Une structure permettant une rémunération des médecins

Tout d'abord, le réseau répond d'une part relatif à la loi du 4 Mars 2002 traitant des droits des patients et de la qualité des soins mais également aux déterminants des facteurs de risques retenus par la Loi du 9 août 2004. La légitimité de ce réseau lui assure des subventions solides telles que celles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, du Conseil Général, de la Direction des Réseaux ou encore du Conseil Régional (surtout pour l'éducation à la santé).

L'organisation du réseau prévoit une rémunération des médecins. Elle est de 43€ par dossier d'inclusion rempli par le médecin. Dans ce contexte, on comprend aisément de quelle manière il est important que la structure soit reconnue et légitime afin que l'assurance maladie cautionne ce type d'initiative.

Au sein de l'organisation du réseau, nous retrouvons l'incitation financière développée par le programme du service national de santé qui paraît incontournable afin d'assurer un investissement des médecins dans cette démarche.

b) Une structure permettant une définition du rôle du médecin dans le réseau

Le rôle du médecin dans le réseau étudié est de faciliter plus particulièrement l'accès aux soins des populations vulnérables. Pour cela, l'organisation du réseau définit un rôle du médecin<sup>67</sup> avec différents objectifs. Nous pouvons aisément considérer que l'existence d'une structure permet d'encadrer et de définir le rôle du médecin en fonction des buts escomptés de l'organisation. Dans notre exemple, nous retrouvons différents objectifs :

- Une prise en charge globale du patient basée sur le dossier médical commun d'ASDES (le médecin remplit un dossier ASDES au cours de la consultation)
- Un repérage des facteurs de risques sociaux et une orientation vers les assistantes sociales (le repérage des facteurs de risques se fait d'après des indicateurs<sup>68</sup> présents dans le dossier ASDES)
- Un repérage des facteurs de risques médicaux
- Un repérage de la souffrance psychique et une orientation vers la psychologue ou le psychiatre

Outre l'importance du rôle du médecin, le rôle de l'équipe de coordination administrative et médicale est essentiel afin d'assurer la liaison entre les différents professionnels s'occupant d'un même patient pour renforcer et optimiser la prise en charge globale.

L'intérêt d'une organisation paraît clair notamment pour définir le rôle du médecin selon des objectifs clairs et communs à tous. D'ailleurs, ce n'est qu'après une définition des objectifs que l'évaluation du bien fondé d'une organisation est concevable.

c) Une structure permettant la mise en place d'une évaluation

La question de l'évaluation de la réalisation des objectifs de tout projet est indispensable afin d'une part de démontrer l'utilité de la mise en place d'une action de santé publique, et, d'autre part de considérer les mesures du projet à améliorer. Dans le cadre de notre travail sur les indicateurs, une évaluation de la délivrance effective des soins à tous est essentielle si nous voulons lutter contre les inégalités sociales de santé. Toujours dans le cadre de notre travail, une évaluation permettrait de rendre compte de certains indicateurs mal adaptés ou encore mal utilisés et permettrait de considérer les défaillances de notre matériel.

Le réseau ASDES, très organisé, fait appel à un évaluateur externe afin d'analyser son activité à partir des recommandations émises dans le Guide d'évaluation des réseaux de santé - ANAES 2004.

<sup>67</sup> Rôle du médecin au sein de l'ASDES consultable en ligne sur <http://www.asdes.fr/>

<sup>68</sup> Les indicateurs répondent le plus souvent aux facteurs de risques retenus par la Loi du 9 août 2004

Nous pouvons saisir dans ce contexte que sans le cadre formel d'une initiative, les évaluations des objectifs ne peuvent pas être réalisées dans des conditions optimales.

S'agissant du réseau de l'ASDES, des mesures de l'atteinte des objectifs sont prescrites et sont évaluées chaque année. Dans notre exemple ; l'évaluateur externe cherchant à apprécier : la réalité du réseau, la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients, l'optimisation des ressources au sein du réseau et l'adaptabilité du dispositif.

### **Conclusion**

Les inégalités sociales de santé sont palpables à plusieurs degrés dans le processus du système de santé. Elles nous renvoient directement à la question des inégalités d'accès aux soins à laquelle la CMU est une réponse insuffisante. Les inégalités d'accès aux soins peuvent se décomposer en deux niveaux : le premier contact avec le système de soin (accès primaire), et, la reconnaissance d'un besoin et la délivrance de soin (accès secondaire).

S'agissant de l'accès secondaire, nous avons constaté que le médecin en adoptant une position active dans l'identification des besoins de santé et un engagement dans la délivrance des soins primaires peut influencer sur les inégalités de ce versant. L'utilisation des indicateurs de santé peut être une perspective intéressante afin d'aider le médecin à adopter d'une part une attitude égalitaire avec un usage des indicateurs de santé de manière systématique et d'autre part, une attitude équitable en identifiant les déterminants sociaux de son patient. Toutefois, des études ultérieures semblent indispensables pour développer cette perspective et considérer des éventuelles adaptations de ce principe en France dans le contexte d'une médecine libérale rémunérée à l'acte où ils seraient dommage que les indicateurs deviennent uniquement une charge administrative.

Concernant l'accès primaire, l'aspect financier n'est pas l'unique obstacle au premier contact avec le système de soin des individus vulnérables. Le réseau ASDES considère notamment les facteurs de vulnérabilité des individus afin d'assurer une prise en charge globale. En effet, le réseau a pour objectif d'inclure les patients vulnérables dans une dynamique de soins avec une visée à long terme. Pour cela, l'inclusion du patient dans le réseau est déterminée par le médecin (en médecine libérale ou à l'hôpital), ceci suscite donc encore une fois un premier contact avec le système de soin.

L'absence de premier contact avec le système de soin est une autre question pouvant générer des inégalités de santé. Diverses réflexions sont à mener sur la manière d'établir un premier contact notamment entre les individus vulnérables et le système de soin.

Un nouveau rôle peut être considéré dans cette perspective: celui des travailleurs sociaux. A l'inverse du réseau de l'ASDES où le médecin est au centre de l'orientation des individus vers d'autres services, les travailleurs sociaux pourraient diriger les populations vulnérables vers le système de soin. Pour cela, il semble légitime que les travailleurs sociaux en contact direct avec les personnes vulnérables coopèrent avec les médecins afin que les populations sensibles entrent dans une dynamique de soin.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **Textes juridiques :**

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant sur la création de la CMU.

### **Rapports**

Black D., *Inequalities in Health : The Black Report*, Pelican, 1982 (DHSS en 1980).

Conférence nationale de santé, "Les voies d'amélioration du système de santé français", avis du 22 mars 2007.

CNEH, "Réseau ASDES : évaluation externe 2006", rapport de synthèse de juillet 2006.

Haut Comité pour la Santé Publique, *La santé en France : 1994*. Paris : la documentation française, 1994.

Haut Comité pour la Santé Publique, *La santé en France : 1998*. Paris : la documentation française, 1998.

Haut Comité pour la Santé Publique, *La santé en France : 2002*. Paris : la documentation française, 2002.

### **Ouvrages**

Adam P., Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, collection 128, Armand Colin 2004 (Nathan en 1994).

Boltanski L., *Les usages sociaux du corps*. Paris, Annales, Economies, Sociétés, Civilisations, 1971.

DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2002*, Etudes et Statistiques, 2003.

Fantino B., Fabry J., *Guide de médecine préventive : quinze questions à l'usage du généraliste*, Ellipses, 2001.

Lacourse M.T., *Sociologie de la santé*, Chenelière Education., 2006.

Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, La découverte 2000.

### **Articles**

Bourgueil Y., Marek A., Mousqués J.; "La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec", *Questions d'économies de la santé* n° 95, IRDES, 2005.

Baudier F., "Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées", *Baromètre de santé 2005*, INPES, 2005.

Cambois E., Jusot F., "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparative" *BEH*, n° 2-3, 23 janvier 2003.

Couffinhal A. et al., "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: première partie", *Questions d'économies de la santé* n° 92, IRDES, 2005.

Couffinhal A. et al., "Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen: deuxième partie", *Questions d'économies de la santé* n° 93, IRDES, 2005.

Devaux M., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S., "Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents", *Questions d'économies de la santé* n° 118, IRDES, 2007.

Despres C., Naiditch M., "Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU: une étude dans 6 villes du Val de Marne", *DIES*, 2006.

Doran T. et al. "Pay-for-a Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom", *The New England Journal of Medicine*, volume 355; n° 4, July 27, 2006.

CNAMTS, "Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé", *Revue Médicale de l'assurance maladie*, volume 33, n° 3, 2002.

Guignon N. "La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire" *Etudes et Résultats*, n°155, janvier 2002.

Hart JT "The inverse care law", *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12

Hirsh M. "La réduction des inégalités sociales est au cœur de la cohésion sociale", *BEH*, n° 2-3, 23 Janvier 2006

Lombrail P., Pascal J., "Inégalité sociales de santé et accès aux soins", *Sève*, automne 2005.

Lynch M. "Effect of practice and patient population characteristics on the uptake of childhood immunizations", *British Journal of General Practice*, April 1995.

Marsh G N, Channing D M, "Narrowing the health gap between a deprived and an endowed community", *British Medical Journal*, volume 296, 16 January, 1988.

Nutting PA, Shorr G I, Barton R. Burkhalter, "Assessing the Performance of Medical Care Systems: A Method and Its Application", *Medical Care*, Vol. 19, No. 3 (Mar., 1981), pp. 281-296

Peretti C., "Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième", *Etudes et Résultats*, n°283, 2004.

Prouvost H., Poirier G., "Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer des femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultat de l'enquête décennale Santé, France, 2002", *BEH*, 23 janvier 2003.

Raynaud D. "L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins", *Etudes et résultats*, n°229, 2003

### **Sites internet**

[www.asdes.fr](http://www.asdes.fr) : Site du réseau de l'ASDES

[www.bmj.com](http://www.bmj.com) : Site du British Medical Journal

[www.drassif.fr](http://www.drassif.fr) : Site des administrations sanitaires et sociales de l'Etat DRASS et DDASS en Ile de France

[www.inserm.fr](http://www.inserm.fr) : Site de l'INSERM

[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) : Site de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) : Site du service public de la diffusion du droit

[www.nejm.org](http://www.nejm.org) : Site du New England Journal