

Inégalités sociales de Santé

Propositions du SMG dans le cadre de la discussion conventionnelle

Le constat

Des études de plus en plus nombreuses (1) (2) montrent que les déterminants socioéconomiques ont un rôle majeur sur la santé et que les inégalités sociales de santé ne concernent pas uniquement une population dite précaire, mais suivent en fait le gradient des catégories socioprofessionnelles : l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité sont d'autant plus grandes que la personne appartient à une catégorie socioprofessionnelle plus favorisée (pour les hommes, à 35 ans, un cadre peut espérer vivre 6 ans de plus qu'un ouvrier et la part de sa vie sans incapacité sera de 10 ans plus longue) La surcharge pondérale est le reflet des inégalités sociales dès le plus jeune âge... Ces inégalités sociales de santé sont plus importantes en France que dans d'autres pays européens. De plus, elles s'aggravent : si on considère l'ensemble de la population, les inégalités de santé ont nettement augmenté entre 1968 et 1996 ; les inégalités en matière de surpoids chez l'enfant augmentent également.

Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas la première cause des inégalités sociales de santé, mais elles en sont un des éléments : en 2008 (3), 16.5% de la population de 18 à 64 ans a renoncé à des soins pour des raisons financières. Ce pourcentage est en constante augmentation depuis 2002. Ce renoncement concerne pour l'essentiel les soins dentaires (10,7%) et l'optique (4%) mais aussi le recours aux spécialistes (2.30%) et aux généralistes (1.33%). Ce renoncement dépend de la couverture sociale des patients puisqu'il est de 30 % pour les personnes sans couverture complémentaire, 21 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 14 % pour les personnes qui bénéficient d'une couverture privée. Or, le fait de ne pas disposer d'une couverture complémentaire santé est directement lié au niveau de revenu : dans les ménages les plus pauvres, 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre seulement 3 % au sein des ménages les plus riches (3).

Les inégalités sociales de santé sont le résultat de choix politiques généraux en matière socioéconomique. Les renoncements aux soins sont en lien avec le recul de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Entre 1980 et 2008, le « reste à charge » (part des dépenses de soins demeurant à la charge des ménages, qu'ils le financent eux mêmes ou grâce à une couverture complémentaire santé) a plus que doublé. La part des dépenses de soins prise en charge par l'Assurance maladie, elle est passée de 80% en 1980 à 75,5 % en 2009.

Pourtant, la lutte contre les inégalités sociales de santé fait partie des missions des Agences Régionales de Santé (ARS) et le Haut Comité de Santé Publique « propose d'inscrire, dans la prochaine loi de la santé publique, l'objectif explicite de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé... ». (4)

Quant à nous, généralistes, nous ne pouvons exercer correctement notre métier de soignant dans les conditions actuelles : nous sommes confrontés aux déterminants socioéconomiques de l'état de santé de nos patients et à leurs difficultés d'accès aux soins (encore ne voyons-nous que les patients qui arrivent jusqu'à nos cabinets). Nous nous usons à essayer de surmonter au cas par cas les difficultés d'accès aux soins de nos patients, alors qu'une autre politique permettrait de changer leur situation collectivement.

C'est pour cette raison que la question des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins doit être discutée au sein de la profession (5) et être un des sujets abordés au cours des négociations conventionnelles avec les Caisses d'Assurance Maladie.

Les propositions du SMG

1) La dispense d'avance de frais ou tiers payant :

Argumentaire (6)

Les généralistes constatent dans leur pratique que la dispense d'avance de frais facilite l'accès aux soins de leurs patients et qu'une des raisons du recours direct de ceux-ci aux urgences hospitalières est le tiers payant qui y est pratiqué.

Selon l'étude de l'IRDES de 2000 (7) « S'il est vrai que le tiers-payant augmente la dépense de santé, cette progression ne s'observe que parmi les personnes à bas revenus, leur permettant de rattraper le niveau de dépenses des plus aisés. Plutôt qu'un effet inflationniste, le tiers-payant a donc un réel effet de justice sociale, limitant le renoncement aux soins pour raisons financières »

Propositions :

- Possibilité, pour tout médecin, quels que soient le lieu d'exercice et la patientèle, de proposer à tout patient la dispense d'avance de frais.
- Possibilité, pour tout usager consultant un spécialiste dans le cadre du parcours de soin, de bénéficier de la dispense d'avance de frais.
- Ces dispenses d'avance de frais doivent être mises en place immédiatement sur la part remboursée par l'Assurance Maladie mais aussi, le plus rapidement possible, sur la part complémentaire.
- Rendre obligatoire la pratique du tiers payant total (part obligatoire et part complémentaire) pour les patients bénéficiaires d'une aide à l'acquisition de la complémentaire (tiers payant actuellement uniquement sur la part obligatoire).
- La pratique du tiers payant systématique doit être un des critères conditionnant l'attribution d'un « forfait structure » pour les maisons et les pôles de santé.
- La pratique du tiers payant systématique doit être un des critères conditionnant un « forfait spécifique lutte contre les ISS ».

Les Caisses d'Assurance Maladie doivent s'engager pour leur part :

* A mettre en place rapidement de façon satisfaisante les remboursements aux médecins de la part obligatoire non réglée par les patients et à transmettre directement aux assurances complémentaires les informations pour que celles-ci règlent la part complémentaire au patient.

* A passer des accords avec les complémentaires et à mettre en place les procédures informatiques adaptées leur permettant de régler, directement et rapidement, les parts obligatoire et complémentaire aux médecins (c'est la procédure qui aurait dû être mise en place dans le cadre du tiers payant lié à l'option référent). Ainsi, les médecins n'auront pas à traiter directement avec la multitude de complémentaires existantes.

* A informer médecins et patients des droits en matières de CMU, d'Aide Médicale Etat, d'aide à l'acquisition de la complémentaire, de pratique de tiers payant.

* A faire appliquer les droits de tous les patients en matière d'accès aux soins et de couverture sociale.

2) Les dépassements d'honoraires

Argumentaire

D'après le rapport IGAS de 2007 (8), en 10 ans, les dépassements d'honoraires ont connu une augmentation importante, qui est devenue un "obstacle à l'accès aux soins et est, en ce sens, contraire aux principes fondateurs de l'Assurance Maladie". Le montant des dépassements était, en 2007, de deux milliards d'euros annuels sur dix-neuf milliards d'honoraires. Ces dépassements pèsent sur les patients directement, pour les deux tiers de leur montant, ou par le biais de l'augmentation des complémentaires. Cette pratique concerne essentiellement les spécialistes.

L'alternative de consultations auprès de spécialistes hospitaliers est de plus en plus limitée par l'importance des délais de rendez-vous et la pratique de dépassements d'honoraires à l'hôpital (en particulier pour obtenir des délais moins longs...)

Par ailleurs, le secteur optionnel qui ouvre à tous le droit à des dépassements d'honoraires "encadrés" n'est en rien une alternative souhaitable au secteur 2. L'IGAS constate que "ce dispositif comporte de nombreux inconvénients au regard de l'accès aux soins, de l'équité entre praticiens ou du pilotage du système de santé"

Propositions :

- Pas de dépassement d'honoraires pour les patients bénéficiant d'aide à l'acquisition de la complémentaire.
- L'orientation dans un parcours de soins en secteur 1 doit être un des critères conditionnant un « forfait spécifique lutte contre les ISS ».
- Les ARS s'engagent à mener des états des lieux sur la filière des soins en secteur 1, avec obligation pour elles de développer le secteur 1 là où il est insuffisant (développement des consultations hospitalières sans dépassement d'honoraires et de consultations de spécialistes dans les centres municipaux de santé...).
- Maintien des mécanismes incitatifs à la pratique en secteur 1 en matière d'avantages sociaux.
- Mise en place de discussions pour une rémunération des médecins par l'Assurance Maladie qui soit une juste reconnaissance de leur travail de soignants, de façon à permettre la suppression du secteur 2 à dépassements d'honoraires.
- Diversification des modes de rémunération: : la tarification à l'acte est un frein à l'accès aux soins, car elle est un encouragement aux consultations « sans problème » où « tout roule ». Les nouveaux modes de rémunération doivent permettre aux médecins de s'engager dans la lutte contre les inégalités mais, tels qu'ils sont mis actuellement en place, ils ne viennent qu'en complément du paiement à l'acte. D'autres modes de rémunération permettant la sortie du paiement à l'acte doivent être possibles pour les soignants qui le souhaitent : capitation, salariat.

3) Les inégalités géographiques d'accès aux soins recourent en partie les inégalités sociales

Argumentaire

Question prégnante au niveau des zones rurales, mais aussi des zones urbaines où une population vit dans des conditions socioéconomiques difficiles.

L'étude de la répartition actuelle des professionnels de santé amène aux constats suivants (9) : « Les zones qui sont les plus pauvres pour un type de professionnel de santé sont, en général, également pauvres pour d'autres... La répartition des professionnels de santé ne répond pas spontanément à une logique de « besoins de santé » des populations, mais à un ensemble de déterminants dans lequel le revenu de la clientèle joue un rôle...D'où la nécessité d'une réflexion sur les « besoins de santé »... ». Les zones pauvres en professionnels de santé sont aussi, le plus souvent, les zones défavorisées au niveau socioéconomique

C'est la question de la répartition géographique des soignants : par exemple à Paris, au nord d'une ligne Clichy-Vincennes : il y a plus de pauvres, plus de mortalité, moins de médecins généralistes, moins de spécialistes.

L'étude IRDES (10) sur les expériences étrangères d'incitation à l'installation montre que les mesures incitatives négatives (limitation à l'installation dans les zones surdotées) ou positives (aides financières, augmentation des tarifs) tentées dans plusieurs pays, ont une faible efficacité à court terme, qui disparaît presque complètement à long terme. De même, l'attribution de bourses d'études, sous condition d'installation, a un impact à court terme, mais se révèle inefficace au-delà. Par contre, les étudiants originaires de zones rurales ou défavorisées sont les plus disposés à exercer plus tard dans ces zones. Les expériences montrent un meilleur résultat des politiques visant à réformer la formation initiale et, notamment, celles conduisant à mieux cibler les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones.

Le système actuel de l'examen classant national va à l'encontre des résultats de cette étude.

Propositions :

- Mise en place de Maisons de Santé pluridisciplinaires et de Pôles de Santé doit être fortement soutenue et suscitée, tout particulièrement dans les zones où les besoins de santé sont importants et non couverts.
- Faciliter l'accès aux études des étudiants issus de zones rurales ou défavorisées.
- Rétablir un internat régional.
- Développer les stages locaux en médecine générale au deuxième cycle, tout particulièrement dans les zones rurales ou défavorisées et dans les Maisons de Santé (on a souvent envie de travailler là où on a découvert la pratique).

4) La pratique du travail en réseau formel ou informel

Argumentaire :

Il y a une toute puissance à penser qu'on peut tout résoudre tout seul. Il faut savoir reconnaître les compétences de chacun et les utiliser pour la solidarité.

Ex : des réseaux précarité en région parisienne (Créteil et 92nord) organisent l'insertion de patients en situation de précarité dans le suivi de médecine générale classique.

Il y a les réseaux informels avec nos correspondants soignants ou sociaux, les réseaux de solidarité dans lesquels certains de nos patients peuvent apporter leur expertise (par exemple un patient juriste qui aide à débrouiller les questions de droit).

Propositions :

- Le travail en réseau doit être facilité au niveau organisationnel et soutenu au niveau financier. Les réseaux précarité doivent être reconnus au même titre que les PASS hospitalières et financés de façon pérenne par les ARS.
- Favoriser le travail en réseau avec les habitants (habitants relais et médiateurs de santé) pour aider à l'accès aux droits et aux soins et aller au devant de la population qui n'exprime pas de demande de soins.
- Développer des expériences de réseaux de vigilance sur les risques du travail et environnementaux, avec les services de médecine du travail et les services municipaux (voir Port-de-Bouc).

5) La formation initiale et continue et la recherche en médecine générale, sur les questions d'inégalité d'accès aux soins et d'inégalités de santé

Argumentaire :

Il existe actuellement une carence de la formation initiale et continue sur les questions de pluriculturalisme et de représentations différentes de la santé et des soins, et des inégalités de santé. Et il y a une carence de la recherche en médecine générale sur ces thèmes.

Les lieux de stage des internes comportent des inégalités démographiques : à Paris, par exemple, la répartition des stages suit celle des médecins, alors qu'un passage dans des quartiers défavorisés serait indispensable à leur formation et à leur capacité à intégrer la question des inégalités sociales de santé.

Propositions :

Développer la formation initiale et continue sur les questions des inégalités sociales de santé et celle des représentations du soin et de la santé.

Au sein de cette formation :

- Souligner l'importance de connaître les conditions de vie des patients et leur parcours professionnel pour pouvoir faire le lien entre pathologie et exposition à des risques et réfléchir sur les outils (dossier médical) qui permettent ce suivi au niveau du cabinet.
- Echanger sur l'organisation de notre travail de généraliste, pour permettre un meilleur accès aux soins et faire en sorte que les cabinets de médecine générale soient des lieux de mixité sociale : question des plages de consultations sans RDV, de la durée de consultation, des visites à domicile.
- Développer la réflexion autour de la notion « d'attitude proactive » : terme développé par les anglo-saxons, c'est-à-dire aller au-delà de la demande des personnes. Ne faire que répondre à leur demande, c'est entériner les inégalités. Mais « l'attitude proactive » pose la question du « contrôle social » et de la médicalisation de problèmes qui sont le plus souvent dépendants de questions socioéconomiques.
- Développer la formation des cadres des syndicats de médecins à la problématique des inégalités sociales de santé.

Conclusion

Pour améliorer l'accès aux soins des patients et les conditions d'exercice de notre métier de soignant, le SMG estime indispensable que l'ensemble des propositions faites dans ce document soient mises en œuvre et, tout particulièrement, que la nouvelle convention médicale :

- fasse de la lutte contre les inégalités sociales de santé un des thèmes des discussions conventionnelles,
- permette aux médecins généralistes et spécialistes de pratiquer la dispense d'avance de frais et leur en donne les moyens effectifs,
- instaure « un forfait spécifique de lutte contre les ISS » destiné aux médecins généralistes et spécialistes de secteur 1 sur les critères suivants : pratique du tiers payant, orientation des patients en secteur 1 prioritairement, travail en lien avec les autres acteurs soignants et sociaux, formation sur les ISS, travail en réseau,
- soutienne les nouveaux modes d'exercice (maisons de santé, pôle de santé) quel que soit le lieu et, tout particulièrement, dans les zones géographiques les plus défavorisées,
- donne aux soignants qui le souhaitent la possibilité de s'engager dans la sortie du paiement à l'acte : capitation, salariat.

Le SMG a bien conscience que, si ces mesures sont indispensables, elles sont loin d'être suffisantes :

- La lutte contre les inégalités d'accès aux soins suppose une amélioration de la couverture par l'Assurance Maladie obligatoire de toutes les personnes résidant sur le territoire : ce qui est tout l'inverse de la situation actuelle, où la prise en charge solidaire de tous diminue et où des droits tels que l'Aide Médicale d'Etat et le droit au séjour des étrangers malades sont remis en cause.
- La lutte contre les inégalités de santé ne sera pas effective sans lutte contre les inégalités en matière socioéconomique, alors que la politique actuelle entraîne une augmentation de celles-ci.

Le 5 avril 2011

Contacts :

Didier Ménard : 06 07 16 57 78

Marie Kayser : 06 86 55 80 02

- 1) IRDES. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008, <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
- 2) Réduire les inégalités sociales en santé <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- 3) Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau , La complémentaire santé en France en 2008 , une large diffusion mais des inégalités d'accès , IRDES, QES 161, janvier 2011 <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>
- 4) INVS, BEH Inégalités sociales de santé, mars 2011, N° 8-9 http://www.invs.sante.fr/beh/2011/08_09/beh_08_09_2011.pdf
- 5) Denantes Mady, Chevillard Marie, Renard Jean-François, Flores Patrick, Accès aux soins et inégalités sociales de santé, Exercer, vol 20, N° 85
- 6) Denantes Mady, argumentaire pour le tiers payant <http://www.smg-pratiques.info/Argumentaire-pour-le-Tiers-Payant.html>
- 7) Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste ? IRDES. Question d'économie de Santé 2000, 27. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes27.pdf>
- 8) IGAS. Les dépassements d'honoraires médicaux. Paris : La documentation française, 2007 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000319/0000.pdf>
- 9) Volovitch P. Quelle politique d'installation pour réduire les inégalités ? Revue Pratiques 2008, 40, 77
- 10) Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi, Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature » IRDES QES n° 116, décembre 2006, <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>