

Accès aux soins : éléments de cadrage

Par Laurent Chambaud, *Directeur de l'EHESP*



Laurent Chambaud, médecin de santé publique, ancien conseiller auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine

La notion d'accès aux soins revient régulièrement dans les débats autour de notre santé. Elle est très souvent utilisée soit pour louer l'universalité de notre système, soit au contraire pour en dénoncer les insuffisances ou les dangers, et notamment les inégalités qu'il laisse perdurer ou se creuser.

Cette notion d'accès aux soins n'est pas une préoccupation uniquement française. Sur le plan conceptuel, il est toutefois important de souligner dès cette introduction que ce sujet est devenu un axe majeur de la politique portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sous un terme différent : la couverture sanitaire universelle. En effet cet objectif a été lancé en 2013 dans le programme de développement de l'après 2015¹ et devient une référence constante dans les efforts internationaux pour améliorer la santé. La France est pleinement impliquée dans ce mouvement. Même si les deux termes ne se recoupent pas complètement, il est clair que « la couverture sanitaire universelle n'est pas possible sans accès universel »².

Mais qu'entend-on par accès aux soins ? Quelles dimensions sont couvertes par ce terme ?

Classiquement trois notions sont régulièrement décrites :

- ▾ **L'accessibilité physique.** Une offre de services de soins doit être disponible à une distance raisonnable pour les personnes qui en ont besoin. Cette simple assertion peut engendrer de multiples débats. Qu'est-ce qu'une distance raisonnable ? Jusqu'où cartographier les services pour les rendre accessibles ? Quels sont les services qui doivent être en proximité et ceux que l'on accepte de mettre à distance ? Quel degré d'inégalité de répartition peut-on accepter pour les professionnels de santé ? Ainsi les annonces de François Hollande pour que personne ne soit à moins de 30 minutes d'un service d'urgence montrent bien l'importance politique d'un tel engagement. Les fortes interrogations levées à propos des « déserts médicaux » alors que le nombre de médecins ne cesse de croître³ relèvent du même registre.

1 Vega J Universal health coverage : the post-2015 development agenda. *Lancet* 2013; 381 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60062-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60062-8)

2 Evans D, Hsu J, Boerma T, « Couverture sanitaire universelle et accès aux soins », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 2013, p.91. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.125450> [PDF]

3 Anguis M et al, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », *Etudes et Résultats* No 1061, DREES, Mai 2018.



Mais il s'agit aussi de calibrer les services en fonction des besoins des populations. C'est pourquoi des indicateurs ont été récemment utilisés comme l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui intègre la structure par âge de la population qui peut être en demande de soins, mais aussi l'activité des professionnels⁴.

Un élément supplémentaire d'analyse de la distribution des services a été proposé il y a maintenant plus de quarante ans par le chercheur anglais Julian Hart, qui a défini le concept de « *inverse care law* »⁵ suggérant que la disponibilité de bons soins de santé tend à varier de manière inverse aux besoins de la population desservie.

Cette notion d'accessibilité physique est également interrogée en fonction du statut socio-économique des populations. Si certaines personnes sont en mesure d'effectuer des déplacements pour obtenir les services qu'ils souhaitent, d'autres seront limitées par leur capacité à se rendre dans une structure sanitaire par leurs propres moyens, l'existence de dispositifs collectifs de déplacement ou la gratuité de transports sanitaires.

Enfin, un nouveau défi va traverser cette notion d'accessibilité physique : il s'agit du développement de la télémédecine ou, plus largement, de la capacité diagnostique ou thérapeutique à distance. Ces nouveaux outils vont probablement fortement augmenter la capacité des services à prendre en compte les besoins des personnes soit directement chez elles (télésurveillance) soit dans des structures de proximité. Elles imposeront alors une redéfinition de la notion d'accessibilité qui devra également être « virtuelle ». À cet égard, l'exemple de la Suède, qui comme le Canada, l'Australie ou la Norvège, ont une longue expérience de la télémédecine, est assez éclairant sur sa capacité à mettre en place une organisation qui intègre les consultations et soins virtuels pour résoudre non seulement cet enjeu d'accessibilité géographique, mais aussi la demande croissante de services et surveillance liée au vieillissement de la population⁶.

- ▼ **L'accessibilité financière.** Elle consiste à analyser la capacité des personnes à payer les services sans difficultés financières. Il est important, d'emblée, de souligner que ce coût n'est pas uniquement représenté par le prix de la prestation ou du service (lorsqu'il est connu). Il doit intégrer ce que la personne doit déboursier pour accéder à ce service. Ce peut être le coût du transport, le manque à gagner de journées non travaillées, le coût de gardes d'enfants, etc.

La capacité financière peut être un obstacle important à l'accès aux soins et services et constituer un facteur majeur d'inégalités de recours. Elle interroge les systèmes mis en place quant à leur universalité. Tel est d'ailleurs l'objet du débat, récurrent

4 Barlet M et al, « L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux », *Etudes et Résultats* No 795, DREES, Mars 2012.

5 Hart JT : The inverse care law. *The Lancet* vol 297/7696. 1971. 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

6 Aschan-Leygonie C, « des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise », *Revue Francophone sur la santé et les territoires*, Juin 2017

dans notre pays, sur la coexistence d'une assurance obligatoire et d'une assurance complémentaire qui met à l'écart une proportion, certes faible⁷, de personnes non couvertes par une assurance complémentaire⁸.

Une autre approche, souvent utilisée dans les comparaisons internationales, consiste à analyser le reste à charge pour les ménages. Il est utile d'observer que, sur ce critère, la France est le pays le mieux classé de l'ensemble des pays de l'OCDE avec un reste à charge de 7 % de la dépense totale de soins⁹. Cette dépense moyenne n'empêche pas toutefois certains malades, notamment dans le cadre de maladies chroniques, d'avoir à débours des sommes très importantes.

C'est également pour objectiver les obstacles financiers que sont produites régulièrement des études sur le non recours aux soins. Si ces études sont nécessaires pour analyser les obstacles financiers, la DREES a montré que la formulation des questions peut induire des différences considérables dans la valeur du taux de renoncement, avec des écarts qui peuvent atteindre 15 points¹⁰.

Le renoncement aux soins est loin d'être anecdotique. Dans une enquête portant sur l'année 2016 et sondant 29 000 bénéficiaires, plus du quart des assurés sociaux (26,5 %), interrogés dans dix-huit caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disent avoir renoncé à se faire soigner¹¹. Sans surprises, car les études successives relèvent la même hiérarchie, les prothèses dentaires, les soins dentaires conservateurs, les consultations de spécialistes (notamment l'ophtalmologie) et les lunettes sont les secteurs les plus couramment cités.

On pourrait résumer les efforts faits par les pouvoirs publics pour résoudre ces obstacles financiers en les classant en trois axes. Le premier axe consisterait à définir un montant maximum, un plafonnement des dépenses d'une personne sur une période donnée. C'est la notion de « bouclier sanitaire » déjà empruntée par certains pays, mais jamais appliquée en France. La seconde possibilité, qui semble être celle retenue de manière implicite par les gouvernements précédents, serait de privilégier une couverture plus étendue par les assurances complémentaires, renforçant ainsi la complexité de l'interrelation avec les assurances obligatoires. La troisième piste, qui est actuellement explorée par la Ministre des solidarités et de la santé, est de renforcer les taux de couverture pour les postes de dépense les moins bien couverts, en particulier dans le domaine de l'optique et des soins dentaires.

- ▼ **L'acceptabilité.** Ce terme recouvre principalement la réalité de l'utilisation des services par les personnes qui sont en besoin ou en demande de soins. En pratique, il s'agit de mieux appréhender les nombreux facteurs autres que les obstacles géographiques ou financiers qui interviennent dans la décision de recourir aux soins. Ils peuvent en effet être de différentes natures. Certains déterminants sont

7 Elle est estimée à 5 % de la population

8 Geoffard P, « L'AMO ne suffit plus à garantir un accès aux soins sans barrière financière », *Regards* n°49, 2016, p. 157-163. <https://www.cairn.info/revue-regards-2016-1-page-157.htm>.

9 Il est de 15 % dans la moyenne des pays de l'OCDE.

10 Legal R, Vicard A, « Renoncement aux soins pour des raisons financières », *Dossiers Solidarité et Santé* N°66, DREES, Juillet 2015 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss66.pdf>

11 Étude réalisée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)



liés à la structure sociale. Ainsi l'âge, le sexe, la profession, le statut familial, le lieu d'habitation peuvent influencer sur la fréquentation des services de santé. Le degré de connaissance et d'*acculturation* à la complexité de notre offre de soins est également un facteur qui peut être différentiant. La culture d'origine peut également fortement teinter à la fois la reconnaissance intime de la pathologie et le contact avec les services de santé. La question sensible de la prise en charge sanitaire des migrants montre le cumul d'une vulnérabilité économique et sociale, mais aussi d'une insuffisance de reconnaissance des aspects culturels spécifiques à chaque communauté. Si le développement de services d'interprétariat, notamment dans les gros établissements publics de santé, permet de résoudre la barrière linguistique, il ne résout pas, loin s'en faut, les obstacles culturels. Ainsi il serait nécessaire de soutenir et développer les recherches anthropologiques dans la prise en charge soignante, à la fois pour mieux comprendre comment s'exprime la maladie mais aussi pour mieux organiser les réponses en terme de soins et d'accompagnement.

Mais l'acceptabilité tient également à la manière dont est organisée l'offre de services. Un exemple de ce phénomène traverse actuellement les évolutions de l'offre de soins primaires. Jusque récemment, l'offre médicale de proximité était représentée par le « médecin de famille », médecin libéral souvent installé en solo dans un cabinet, et dont la disponibilité quasi permanente était acquise. Ce modèle cède le pas et est remplacé par des formes plus collectives (centres de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, pôles de santé...), dans lesquels la personnalisation du praticien n'est plus aussi présente. Or ce nouveau modèle peut être mal vécu par certaines personnes, notamment lorsqu'elles ont été habituées à cette forte individualisation du soin.

L'acceptabilité peut également renvoyer à l'organisation des services. Pourquoi assiste-t-on à une augmentation régulière des passages aux urgences hospitalières alors qu'il est bien connu que de nombreuses personnes pourraient voir leurs problèmes résolus dans le cadre de l'offre de soins primaires ? La réponse n'est pas univoque. Elle fait appel à des explications économiques (la gratuité des urgences), mais aussi à des disponibilités d'ouverture (un service ouvert 24h sur 24) et enfin probablement à une représentation de l'expertise qui, étant concentrée sur un site (plateau technique, présence des spécialités...), est vécue comme nécessaire à la résolution de la situation et donc rassurante.

Au-delà de ces trois conditions de l'accessibilité, il est indispensable de poser la question, plus générale, du recours aux droits. En effet, comme de nombreuses prestations sociales, il y a très souvent une disparité entre les droits théoriques et les droits effectifs. Or, si les conditions sont offertes pour faire connaître l'existence de ces prestations, une part importante des bénéficiaires potentiels effectueront les démarches. Ainsi, dans le cadre des *rendez-vous des droits* institués par les Caisses d'Allocation Familiales, 63 % des personnes récupèrent ces droits à pres-

tation sociale. Cette ouverture vers les droits sociaux permet également une entrée vers le système de soins, puisque un tiers des personnes reçues pour une demande de RSA font également une demande pour bénéficier de la CMU-C et un quart en ont bénéficié trois mois plus tard¹².

Cet exemple montre qu'il existe une véritable difficulté, dans notre système, de connaissance des droits qui peut engendrer une impossibilité d'accéder aux services. La complexité, voire parfois l'opacité de la construction de nos prestations ne peut qu'être interrogée.

L'accès aux droits peut également être entravé par une réticence de professionnels de santé ou de structures à recevoir certaines personnes présentant des caractéristiques de vulnérabilité ou de fragilité. Les exemples du refus de soins pour certaines personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou pour des migrants titulaires de l'aide médicale d'État ont déjà été décrits et ont suscité de la part d'organisations non gouvernementales la pratique du *testing*. Il peut en être de même pour les soins envers d'autres populations, comme les personnes handicapées ou recevant des soins psychiatriques.

Un autre champ de l'accessibilité mérite d'être abordé. Très souvent l'accès aux soins est assimilé aux soins curatifs. Il serait pourtant nécessaire de l'élargir pour examiner l'accès aux soins préventifs (vaccination, dépistages, examens et bilans systématiques, éducation thérapeutique...). En effet le plus souvent ces pratiques cliniques préventives ne sont pas ou peu valorisées dans les actes professionnels et peuvent faire l'objet de programmes spécifiques dans lesquels l'accès pour les populations vulnérables représente souvent un enjeu. Autre particularité à noter, c'est une forme de « chaînage » qui doit être pris en compte entre activité préventive et recours aux soins. Ainsi la découverte après dépistage d'une déficience visuelle chez l'enfant ou d'un cancer du sein chez la femme n'induit pas systématiquement une prise en charge effective, car les différents obstacles (géographiques, financiers, socio-culturels...) peuvent intervenir pour dissuader la personne de rechercher les soins pertinents.

La notion de prévention peut elle-même être élargie à la promotion de la santé, autrement dit les facteurs individuels et collectifs qui déterminent la santé d'un individu et d'une collectivité. Un exemple peut illustrer ce propos. Il est maintenant établi scientifiquement que l'exercice physique est une activité protectrice à la fois sur la survenue de problèmes de santé¹³, mais également permet un meilleur rétablissement après l'épisode pathologique, notamment pour ce qui concerne les cancers¹⁴. Mais toutes les personnes n'ont pas la même facilité d'accès aux équipements ou même vivent dans des conditions qui ne favorisent pas la pratique de l'exercice ou dans un environnement pollué. Elles ont donc objectivement une « perte de chance » par rapport aux personnes vivant dans un milieu propice. Ainsi, lorsqu'est promue « la prescription de l'activité physique par ordonnance », il est nécessaire d'examiner l'accessibilité réelle à cette préconisation.

12 Castell L, Perron Bailly E, « Lutte contre le non-recours : 63% des personnes pouvant bénéficier d'une prestation sociale y accèdent après un rendez-vous des droits », *Études et Résultats* No 1058, DREES, Avril 2018

13 Voir, entre autres, le site de l'OMS : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

14 La pratique d'une activité physique après diagnostic d'un cancer du sein diminue de 24 % le risque de récurrence, et de 28 % le risque de décès par cancer. Ce dernier est réduit de 39 % après diagnostic d'un cancer colorectal <https://www.fondation-arc.org/activite-physique>



Ainsi, tout comme l'accès aux soins et parfois de façon plus criante, l'accès à la prévention et la promotion de la santé est en grande partie sociale et fait ressortir les inégalités de santé.

Pour conclure, il ressort fortement que la notion d'accès aux soins est loin d'être simple ou univoque. Elle se doit d'être analysée d'un point de vue multiple, et se nourrir de nombreux champs disciplinaires. Il est souvent tentant de dégager des normes d'accessibilité à partir de mesures. Si l'exercice peut être utile, il n'est pas suffisant car, d'une part, il est nécessaire d'explicitier les valeurs qui les sous-tendent (doit-on privilégier la proximité ou la sécurité des pratiques ? Quelle est la densité idéale de médecins ou d'infirmières sur un territoire donné ?), valeurs qui, bien souvent appellent à un débat sociétal. D'autre part, il est nécessaire de pondérer ces normes par les pratiques individuelles, car « *sur un même territoire, pour une même offre de soins, l'ampleur et les types de difficultés diffèrent d'un individu à l'autre en fonction de multiple paramètres (...)* »¹⁵.

Les difficultés d'accès aux soins doivent être mieux comprises. Il est important toutefois de connaître les limites de ces actions en sachant qu'elles ne peuvent à elles seules réduire les inégalités de santé¹⁶. Mais outre le fait que ces différences de prise en charge peuvent directement entraîner des pertes de chance, elles sont le reflet d'une incapacité de notre organisation à proposer une offre répondant aux besoins de l'ensemble de la population.

Analyser ces difficultés d'accès, trouver des solutions pour les réduire, c'est participer à une société plus solidaire et plus juste.

15 Nguyen-Khac A, « Mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2017/1, pp 187-195

16 Un rapport de l'IGAS de 2011 sur les inégalités sociales de santé avançait que l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20 % dans les inégalités sociales de santé, sans que ce chiffre puisse être vérifié.