

## **Étude « faisabilité d'une évaluation des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention »**

Michel Grignon

Florence Naudin

avec la collaboration de Marie Odile Safon (recherche bibliographique)



# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>5</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : MÉTHODES.....</b>	<b>7</b>
<b>1. LES CONCEPTIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS.....</b>	<b>9</b>
1.1. Le modèle Andersen Aday : l'accès comme mesure de qualité dans une approche comportementaliste.....	9
1.2. Les critiques adressées à l'approche Andersen Aday : de l'accès au système à l'accès à la santé .....	10
<b>2. LES MESURES EMPIRIQUES DE L'ACCÈS AUX SOINS ET DE SES FACTEURS.....</b>	<b>17</b>
2.1. Les enquêtes en population générale : apports et limites méthodologiques .	17
2.2. Les enquêtes auprès des médecins et la problématique de refus des soins lié au tarif .....	28
2.3. L'approche par les résultats cliniques.....	32
<b>3. CONCLUSION SUR LES MÉTHODES DE MESURE DE L'ACCÈS AUX SOINS .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE : LES PRINCIPALES ENQUÊTES US SUR L'ACCÈS AUX SOINS .....</b>	<b>37</b>
<b>DEUXIÈME PARTIE : ÉLÉMENTS DE LA LITTÉRATURE PUBLIÉE EN FRANCE ET DONNÉES DISPONIBLES. ....</b>	<b>39</b>
<b>4. CINQ ÉVALUATIONS DE DISPOSITIFS SPÉCIFIQUES ISSUES DE LA LITTÉRATURE « PUBLIÉE » .....</b>	<b>41</b>
4.1. Une application du modèle Andersen-Aday : la carte-santé en Haute-Vienne	41
4.2. L'approche comportementaliste : programme de dépistage des cancers féminins .....	42
4.3. Étude comportementaliste en « avant-après » : programme de prévention bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis.....	43
4.4. Étude comportementaliste en « cas-témoins » : la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique dans les centres d'examen de santé .....	44
4.5. L'approche de l'Institute of Medicine : campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Martinique .....	45

<b>5. PANORAMA DES DISPOSITIFS ET TYPES DE POPULATIONS MENTIONNÉS DANS LA LITTÉRATURE « PUBLIÉE ».....</b>	<b>47</b>
5.1. Les dispositifs de prévention .....	47
5.2. Les dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins .....	51
5.3. Bilan : quels sujet traités et à l'aide de quel type de données ? .....	54
<b>6. LES ENQUÊTES ET BASES DE DONNÉES POTENTIELLEMENT EXPLOITABLES.....</b>	<b>55</b>
6.1. l'approche comportementaliste sur l'« accès aux soins » : les enquêtes sur la satisfaction des usagers et la « réactivité » du système.....	55
6.2. l'approche IOM .....	56
6.3. L'approche Andersen Aday par les différences de consommation .....	62
<b>7. CONCLUSION SUR LES DONNÉES DISPONIBLES .....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSION DU RAPPORT COMMUN CREDES - LAPSS : RECOMMANDATIONS POUR DES ANALYSES SUR DONNÉES EXISTANTES ET PROPOSITIONS D'ÉLABORATION DE DONNÉES NOUVELLES.....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE : FICHES DE LECTURE DES DIFFÉRENTES ÉTUDES ANALYSÉES ET ISSUES DE LA LITTÉRATURE PUBLIÉE .....</b>	<b>89</b>
<b>RÉFÉRENCES RELATIVES AU CONSTAT D'INÉGALITÉS D'ÉTAT DE SANTÉ OU D'ACCÈS AUX SOINS.....</b>	<b>119</b>

## Introduction générale

---

La question posée, « est il possible, compte tenu des études et données existantes, de mesurer l'impact des politiques publiques sur l'accès aux soins et à la prévention, et si oui, pour quels types de soins ou quelles populations ? », se décompose naturellement en deux sous questions :

- quel matériel permet de décrire les politiques mises en place et leur degré d'implémentation local ou pour une population donnée ?
- quel matériel permet de mesurer leur impact, c'est-à-dire : de mesurer des variations dans l'accès aux soins d'une population, voire de rapporter ces variations à l'effet propre d'un dispositif particulier ?

Le matériel concerné par la première question est d'ordre descriptif, monographique quantitatif et qualitatif : on cherche les programmes d'action et les enquêtes locales qui les accompagnent, des récits ou bilans, des éléments biographiques recueillis auprès de bénéficiaires ou de personnes connaissant des difficultés d'accès aux soins. Outre les aspects purement descriptifs, ces approches peuvent aussi fournir des éléments d'approche « compréhensive », dans laquelle les acteurs (promoteurs des politiques, agents les mettant en place, membres d'association) rendent compte de leur logique et de leur contradictions.

Le matériel concerné par la deuxième question est d'ordre quantitatif et inférentiel. Il s'agit de recueillir des études ou données quantitatives permettant de mesurer des difficultés dans l'accès aux soins pour diverses populations.

Une première sous-partie s'attachera aux définitions de ce qui est mesuré (comment mesurer l'accès aux soins et ses variations) et de l'inférence qu'on peut tirer de l'observation sur l'impact d'une politique ou d'un dispositif sur cet accès aux soins. Cette partie vise en fait à élaborer un cahier des charges de l'approche « idéale » de la mesure de l'accès aux soins d'une part, de la mesure d'impact des politiques publiques sur la variation de l'accès aux soins d'autre part. Ce cahier des charges nous servira d'étude de référence, à l'aune de laquelle on évaluera le matériel existant en France (études publiées ou littérature grise), ou les données permettant de mener des études.

L'évaluation de ce matériel fera l'objet de la deuxième sous-partie consacrée aux approches quantitatives. On présentera d'abord les dispositifs précis ayant donné lieu à évaluation du point de vue de l'accès aux soins, puis on élargira le propos aux données permettant de comparer, pour une même population à des dates différentes, ou pour des populations soumises à des environnements différents (en termes de politique publique d'accès, mais aussi d'offre de soins ou d'autres caractéristiques), les obstacles dans l'accès aux soins.



# **Approches statistiques de l'accès aux soins (et à la prévention) et des dispositifs d'amélioration.**

## **Première partie : méthodes**

---

Cette première partie vise à élaborer le cahier des charges de l'étude idéale de mesure de l'accès aux soins ou de mesure d'évolution de l'accès aux soins. Il convient donc d'abord de s'entendre sur le concept d'accès aux soins, qui peut en fait être appréhendé de plusieurs manières différentes, reflétant des conceptions différentes du fonctionnement idéal d'un système de soins. On présentera alors les recommandations de méthode de mesure de l'accès et des comparaisons d'accès aux soins. Ces recommandations varient évidemment selon la conception sous-jacente de l'accès aux soins qui est retenue.

Cette partie s'appuie essentiellement sur une littérature américaine. Ce n'est pas que les concepts utilisés, comme l'inégalité de consommation de soins à morbidité donnée, ou la morbidité évitable, soient inconnus ailleurs (notamment en France), mais sans doute parce que, aux USA, la mesure de l'accès aux soins ou à la prévention fait partie des grandeurs appelées à jouer un rôle dans le débat public. Les acheteurs de plans de santé souhaitent être informés sur la capacité des membres de tel ou tel plan à accéder effectivement à des soins et l'état fédéral fonde la politique sociale (MEDICAID) sur des objectifs d'accès réel aux soins.

Il en découle une (ou plutôt des) méthodologie(s) spécifique(s) de mesure de l'accès aux soins et à la prévention, que nous présentons ci-dessous.





# 1. Les conceptions de l'accès aux soins

---

## 1.1. Le modèle Andersen Aday : l'accès comme mesure de qualité dans une approche comportementaliste

### 1.1.1. position du problème

Dans la littérature américaine, l'accès aux soins est un des déterminants de la qualité du système de soins (Gold, 1998). Le modèle fondateur, dû à Andersen et Aday, est donc naturellement issu de l'approche Donabedian, que l'on peut qualifier de comportementaliste. L'individu est doté d'une prédisposition à consommer des soins (ses préférences, en quelque sorte, qui peuvent être culturellement déterminées) et d'un besoin de consommer, lié à son état de santé ; il réalise alors sa demande de soins latente plus ou moins bien selon les obstacles qu'il rencontre. Dans ce modèle, le rôle de l'évaluateur de l'accès aux soins consiste à estimer l'impact de ces obstacles, c'est-à-dire à « expliquer » le recours aux soins, toutes choses étant égales par ailleurs en ce qui concerne les préférences et les besoins, par les différents obstacles<sup>1</sup>.

Historiquement, les premières mesures d'accès par le modèle Andersen Aday ont donc été très proches des mesures d'inégalités de recours aux soins : l'analyse tentait de rendre compte de différences individuelles de recours à état de santé de donné par les différences de statut par rapport à l'assurance d'une part, par les différences dans la distance au médecin d'autre part. Les obstacles aux soins concernent donc, dans ces premières versions du modèle, les non assurés, qui doivent payer l'intégralité des soins au moment de la consommation, et les ruraux ou les résidents de zones défavorisées (quartiers noirs aux USA), qui font face à une rareté relative de l'offre.

### 1.1.2. méthode d'estimation

Un tel canevas comportementaliste repose de manière explicite et logique sur des analyses de type « économétrique » ou « épidémiologique »<sup>2</sup> : le recours aux soins est une variable à expliquer, par deux types de facteurs, les facteurs d'intérêt (obstacles) et les facteurs de confusion (préférences et état de santé). Le modèle s'écrit donc comme suit :

$$Y_i = Z'_i \alpha + X'_i \beta + u_i \quad [1]$$

$Y_i$  mesurant le recours aux soins de l'individu  $i$ , soit comme une probabilité de recourir, ou encore comme un volume de recours sur une période, ou enfin comme une dépense sur une période ;

$Z_i$  mesurant les obstacles rencontrés par l'individu  $i$  ;

$X_i$  mesurant les caractéristiques de contrôle pour l'individu  $i$ , état de santé et préférences « culturelles ». Il convient de signaler que le rôle exact des variables socio-culturelles est difficile à déterminer : certes, les différences de préférences ou de propensions des différentes sous populations (sociales, géographiques, ethniques, hommes / femmes) ne peuvent être imputées au système de santé ; en revanche, des discriminations à l'encontre de telle ou telle population peuvent se tra

---

<sup>1</sup> Une autre définition de l'accès aux soins est portée par la littérature normative, pour laquelle l'accès n'est pas le recours, mais l'espace des choix. Pour cette littérature, l'égalité d'accès équivaut à l'égalité des contraintes budgétaires pesant sur les choix, les différences de consommation étant seulement déterminées par les différences de goûts individuels. Aucun travail empirique de mesure de l'accès ne résultant de cette approche (Wagstaff and van Doorslaer, 2000), nous ne la traitons pas dans la présente note.

<sup>2</sup> Ces deux termes ont exactement la même signification, l'objectif présent est de ne vexer personne.

duire par des différences de recours selon le milieu social ou les variables socio-culturelles, différences qu'on devrait alors compter comme obstacles à l'accès aux soins. Séparer ce qui relève de X et ce qui relève de Z n'est donc pas une activité neutre de la part de l'analyste.

Evaluer l'accès revient ensuite à statuer sur le signe et la significativité du coefficient de chaque obstacle dans l'équation ; un obstacle réputé pour lequel le signe est négatif et la valeur absolue significativement différente de 0 sera considéré comme un obstacle réel. L'accès se mesure donc « par défaut » : si, pour une même propension « culturelle » et un même état de santé, tous les individus consomment de manière identique (pas d'effet de Z), alors, l'accès aux soins est parfait ; en revanche, toute différence de consommation révèle un problème d'accès.

### **1.1.3. types de résultats obtenus**

Muni de cette équation estimée sur données empiriques, on pourra calculer les effets partiels de chaque type d'obstacle au recours, et répondre à la question : toutes choses étant maintenues égales par ailleurs, en modifiant tel ou tel obstacle, quel impact observera-t-on sur l'accès aux soins ? On pourra aussi calculer des effets d'interaction : l'impact de tel obstacle est-il le même selon le milieu social d'appartenance ? ce qui est une manière efficace de résoudre le problème de l'ambivalence des effets des variables socio-culturelles.

Pour mener à bien l'exercice d'évaluation comportementaliste, on doit disposer de données collectées auprès d'individus sur lesquels on mesure simultanément les valeurs (Y, Z, X). Des analyses de régressions sont possibles sur données agrégées expliquant par exemple le recours moyen dans une zone géographique par les valeurs moyennes de Z et X dans cette zone, mais on risque alors un biais, dit écologique, dans ce type d'analyse, et les résultats sont non extrapolables. Les données collectées auprès de fournisseurs de soins sont non pertinentes pour ce type d'analyses, car elles laissent justement échapper les individus qui ne consomment pas du tout.

Pour que les résultats obtenus sur les individus présents dans l'analyse soient généralisables, il faut, autant que possible, que ces individus « représentent » la population d'ensemble<sup>3</sup>. L'approche repose donc sur des enquêtes en population générale réalisées sur des échantillons aléatoires.

## **1.2. Les critiques adressées à l'approche Andersen Aday : de l'accès au système à l'accès à la santé**

Deux critiques sont adressées à cette analyse : d'une part elle restreint la problématique d'accès à l'accès au système, et d'autre part elle définit l'accès comme le recours moyen et non selon une norme de résultat clinique. De la première critique, on peut déduire qu'il est plus important de mesurer l'accès réel aux soins et non seulement l'accès au système de soins (1.2.1). De la deuxième, on déduit qu'il faut aller un cran plus loin, et s'intéresser à l'accès à la santé (ou à l'état de santé optimal, 1.2.2).

### **1.2.1. Accès au système et accès aux soins**

En retenant comme seuls obstacles testables le défaut d'assurance et la distance au médecin, le modèle Andersen Aday restreignait la problématique d'accès à l'accès au « système ». Dans la version

---

<sup>3</sup> D'un strict point de vue théorique, la représentativité de la population n'est ni nécessaire ni suffisante ; il suffit que l'échantillon analysé représente la population du point de vue des liens entre variables étudiées, c'est-à-dire que l'échantillon ne soit pas composé d'individus pour lesquels les relations entre variables sont très différentes de ce qu'elles sont dans la population totale. Cependant, comme on ne dispose pas de tests de cette représentativité restreinte, on considère qu'un échantillon représentatif sur des critères observables simples doit être représentatif sur la relation étudiée.

classique de cette approche, est réputé accéder aux soins celui qui est assuré et proche d'un médecin, c'est-à-dire celui qui n'a pas de raison « objective » de ne pas recourir s'il en a besoin.

Devant l'émergence du *managed care*, une version plus « exigeante » du modèle Andersen Aday s'est développée, consistant à mesurer non seulement l'accès au système de soins, mais aussi la qualité de soins à laquelle accédaient les individus, une fois entrés dans le système. L'idée de cette approche, appelée « accès aux soins secondaires », est que des restrictions de choix du praticien peuvent s'assimiler à des restrictions d'accès. De cette nouvelle exigence est née une idée de mesure directe du phénomène d'obstacle aux soins : au lieu de déduire l'obstacle d'un moindre recours à état de santé donné, on pose directement à l'enquêté des questions sur sa capacité à disposer des soins qu'il souhaite consommer (Eden, 1998).

Dans cet esprit, sont nées des questions, désormais habituelles dans les enquêtes, sur l'existence et la qualité d'une « source habituelle de soins » (*usual source of medical care*) : il s'agit de savoir si les enquêtés savent à qui s'adresser en cas de besoin et s'il existe quelqu'un qu'ils considèrent comme responsable de leurs soins.

Dans cette même perspective s'est développée une approche « subjective » sur l'ampleur des obstacles. L'idée est ici de demander aux individus s'ils ont renoncé à des soins au cours d'une période passée récente, et, si oui, pour quels types de soins et quelles raisons. La question prend la forme de « *unmet needs* » et ressemble à la question sur les renoncements posée dans l'Enquête sur les Soins et la Protection Sociale du CREDES. Si le renoncement vient d'un refus explicite<sup>4</sup>, une question vise à préciser si le refus est le fait du médecin lui-même ou de l'assurance.

Enfin, en assimilant accès aux soins et accès aux soins désirés, l'approche subjective incorpore des questions sur le confort (temps d'attente, trajets, changements imposés de médecin traitant) et la satisfaction (vis-à-vis des services délivrés par la source habituelle de soins, de la qualité du panel offert, des adressages) de l'assuré.

Cette approche « subjective » du modèle Andersen Aday change assez radicalement la méthode d'évaluation de l'existence d'un problème d'accès aux soins. Dans la méthode classique, il s'agissait de tester l'existence d'un obstacle en mesurant l'impact de cet obstacle sur la consommation de soins toutes choses égales par ailleurs ; dans l'approche « subjective », on mesure directement l'existence de l'obstacle auprès des individus, et l'analyse économétrique consiste essentiellement à comprendre qui est concerné par cet obstacle. La forme est similaire (équation économétrique), mais la signification et l'interprétation sont différentes ; le modèle s'écrit maintenant :

$$\text{Prob}(Z^j = 1) = X^j \beta^j + O^j \gamma^j, j \text{ dans } \{1, \dots, p\} \text{ si on teste } p \text{ obstacles} \quad [2]$$

Où  $Z^j$  représente la  $j$ -ème dimension du vecteur d'obstacles testés (distance au médecin, temps d'attente, refus explicite, renoncement, insatisfaction),  $X$  les caractéristiques de l'individu (milieu social, etc.), et  $O$  les variables d'offre auxquelles est soumis l'individu (son plan de santé est en HMO, l'offre locale est en pénurie de médecins etc.)

Un tel ensemble d'équations s'interprète comme suit : quelle caractéristique individuelle ou d'offre augmente la probabilité toutes choses égales par ailleurs d'être confronté à tel ou tel obstacle dans l'accès à des soins de qualité ?

Nous avons aussi noté que la plupart des études que nous avons rencontrées dans la littérature ont ramené la variable multidimensionnelle d'obstacles (le vecteur) à une seule dimension, grâce à des procédures simples de comptages (scores) : il suffit de sommer les obstacles déclarés par l'individu et

---

<sup>4</sup> Le refus explicite fait référence au cas où l'enquêté aurait voulu recourir, a exprimé cette volonté, mais s'est heurté à une impossibilité exprimée « de droit » ; ce type de renoncement s'oppose donc nettement aux renoncements pour impossibilité « de fait » (il n'existe pas d'offre accessible) ou pour coût anticipé trop élevé.

de décider qu'au delà d'un certain seuil, l'individu a des difficultés d'accès. L'analyse consiste alors à mesurer l'impact toutes choses égales par ailleurs de telle ou telle caractéristique (de l'individu ou de l'offre) sur la probabilité de connaître une difficulté d'accès. L'adoption de ces procédures de comptage est dictée par le fait qu'il n'apparaît pas de structure simple résumant le vecteur des problèmes d'accès, comme le montrent les essais d'analyses factorielles sur les dimensions de la restriction d'accès (Bashshur et alii, 1994).

Le modèle devient :

$$\text{Prob}(z_i = 1) = X_i'\beta + O_i'\gamma$$

avec  $z_i = \text{SCORE}(Z_i)$  [2']

Cette méthode de score est cependant critiquée car elle néglige les contradictions potentielles existant entre les dimensions de l'accès aux soins : par exemple, le confort peut très bien entrer en conflit avec la prévention, si cette dernière entraîne une augmentation des contacts, surtout si des contraintes quantitatives sur l'offre font que chaque contact devient plus « coûteux » en temps d'attente. En outre, cette approche est purement subjective, reposant uniquement sur les déclarations d'obstacles ressentis par les individus enquêtés ; or, on peut fort bien ressentir une frustration (donc, un obstacle), tout en consommant déjà beaucoup plus que les autres, parce qu'on a une propension à consommer des soins nettement supérieure à la moyenne. Au total, cette approche par les scores de non accessibilité est un complément de l'approche classique, mais ne semble pas pouvoir la remplacer totalement. On verra notamment que l'analyse de l'effet des HMO sur l'accès aux soins (Reschovsky et Kemper, 1999/2000), sur laquelle on revient en détail ci-dessous (partie 2.1.3) présente simultanément l'effet du HMO sur le recours, la satisfaction et le sentiment de restriction.

On peut signaler aussi que les analyses des motifs de renoncements sont des compléments qualitatifs riches des analyses statistiques de consommation. L'enquête « Getting Behind the Numbers » (1995) propose une approche par des questions ouvertes auprès des individus ayant déclaré renoncer à des soins :

« les adultes répondent sur un ensemble de variables d'état de santé, de recours aux soins, et de caractéristiques démographiques. Pour en savoir plus sur les obstacles aux soins, les individus qui ont répondu positivement à trois questions au moins sur l'accès (un épisode de non couverture, une occurrence de renoncement pour un motif précis, et des difficultés à payer les soins) sont interviewés en détail. On leur pose une série de questions ouvertes à propos de leurs symptômes au moment où ils n'ont pas recouru et sur les conséquences médicales et financières de ces retards de soins. Les réponses *verbatim* sont ensuite recodées. Les résultats sont dérangeants : 70% disent que leurs symptômes étaient très graves ou assez graves. 50% disent qu'ils ont continué à souffrir de douleur ou d'incapacité à cause du problème médical non soigné. Un contrôle au hasard semble confirmer les déclarations sur la gravité des symptômes. Parmi leurs problèmes de santé, on trouve des maladies cardiaques, le cancer, le diabète, et la sclérose en plaques. » (Eden, 1998, page 693).

Ces réponses qualitatives semblent confirmer l'intuition fondamentale de l'approche comportementaliste : les différences de recours à état de santé donné signalent plus une difficulté d'accès pour ceux qui consomment moins qu'un excès de consommation pour ceux qui consomment plus<sup>5</sup>.

Une autre manière de tenir compte de la problématique de l'accès aux soins (plutôt qu'au système) consiste à revenir à l'approche « Andersen Aday » classique, en introduisant les mesures d'obstacles liés au système du côté droit de l'équation [1] (dans le Z). On répond alors à des questions du type :

---

<sup>5</sup> Certaines enquêtes trouvent aussi que l'assurance augmente les consommations inutiles : Kemper, 1988, trouve que 14% des journées d'hospitalisation pédiatriques étaient inutiles chez les assurés MEDICAID, contre 22% chez les assurés privés. Ce point fait évidemment l'objet d'un vif débat en économie normative, autour du problème du risque moral lié à l'assurance santé (pour un point en français, cf. Bardey et al., 2002).

« toutes choses égales par ailleurs, le temps d'attente dans le cabinet entraîne-t-il une différence dans la consommation de soins, donc, au sens Andersen Aday 'classique', est-il un obstacle dans l'accès aux soins ? ». L'approche par les soins secondaires permet donc d'enrichir l'approche classique d'obstacles éventuels supplémentaires et de mieux préciser l'impact propre des obstacles au système, comme l'assurance et la distance. On se penchera dans la suite sur ces analyses classiques « enrichies » et on passera en revue les problèmes d'estimation qu'elles posent (partie 2).

### **1.2.2. Accès aux soins et accès à la santé**

Sous l'égide de l'*Institute of Medicine* (IOM) (Millman, 1993), on assiste à une remise en cause plus radicale du concept comportementaliste : il s'agit non seulement de mesurer l'accès à des soins, mais surtout l'accès à la santé. L'idée est ici que ce qui compte, ça n'est pas d'accéder aux soins qu'on préfère, mais d'accéder aux soins les plus efficaces en matière de santé, voire les plus efficaces, en années de vie gagnées par exemple.

Les problèmes d'accès se mesurent alors sur la base de registres et d'observations épidémiologiques diverses, pas nécessairement sur données individuelles et surtout pas de manière subjective, mais plutôt par des indicateurs de résultats, intermédiaires comme la compétence du patient, ou directement cliniques :

- du côté des résultats intermédiaires, on trouve les mesures d'efficacité des campagnes de prévention et d'éducation pour la santé. Il s'agit d'enquête auprès d'individus, soit en population générale (de type baromètre santé en France), soit opportunistes, à l'occasion de l'évaluation d'un programme particulier. Dans le cas des enquêtes non opportunistes, on commence par demander si l'individu a eu connaissance de la campagne de prévention ou d'information, puis on cherche éventuellement à évaluer la compétence de l'individu sur le thème de la campagne : on commencera par demander à l'individu s'il a suivi ou été touché par la campagne sur les méfaits du tabagisme, puis on lui demandera ce qu'il sait des dangers liés à la consommation de tabac (maladies encourues ou évaluation du risque en années de vie perdues). Dans le cadre opportuniste, on compare les compétences avant le programme et après, au moyen d'un questionnaire adressé à la population soumise au test.
- Du côté des résultats cliniques, on relève :
  - poids et caractéristiques des nouveaux nés à la naissance (révélateurs de carences de soins obstétricaux), ou indice de masse corporelle des adultes (pointant un défaut dans les comportements de nutrition ou d'exercice physique), ou encore taux de fumeurs réguliers
  - incidence des maladies infantiles vaccinables (révélatrice de défaut dans le système de vaccination)
  - incidence des maladies pouvant être prévenues (défaut dans le système de prévention)
  - aggravation des maladies chroniques (qui pointe un défaut de prévention secondaire)
  - douleur ou mortalité liées aux traitements.

Par exemple, Gadomski et Jenkins (2001) valident partiellement l'approche IOM sur le cas des appendicites en montrant (sur données de séjours hospitaliers) que le taux d'accidents (*ruptured appendicitis*) n'est pas distribué au hasard, mais semble refléter surtout des manques de prévention.

On peut qualifier cette approche d'ingénierie de la santé : poussant aux limites l'approche Donabedian, elle comptabilise comme défaut d'accès tout écart entre la santé réelle et la santé idéale dans l'état des techniques médicales connues : l'idée est que, si une technologie ou une pratique existe potentiellement, mais n'est pas appliquée dans tous les cas possibles, c'est qu'il existe une difficulté d'accès. Dans cette approche, la distinction entre préférences individuelles et obstacles à l'accès n'a plus de sens : peu importe que la cause directe du non recours soit interne à l'individu ou provoquée

par le système de soins, car un bon système de soins devrait convaincre naturellement tous ceux qui ont à y gagner de recourir à ses services. Un exemple symptomatique est celui de l'accès à des femmes gynécologues ou généralistes : de nombreuses enquêtes montrent que les femmes préfèrent être examinées par des médecins femmes, et des évaluations de qualité montrent que les patientes consultant une femme ont plus souvent accès à des tests de dépistage gynécologique. Lurie (1997) en déduit que le fait d'accéder à un médecin femme n'est pas une simple affaire de préférences individuelles, mais est bel et bien un facteur de santé. L'approche « IOM » comptabilisera donc un déficit en test de dépistage comme défaut dans l'accès aux soins et relèvera le manque de médecins femmes comme facteur de cet obstacle.

Une telle approche est beaucoup plus exigeante que le modèle comportementaliste pour le système de santé, puisqu'elle le considère toujours comme responsable et « exonère » le patient. Dans l'approche IOM, un pourcentage élevé de fumeurs est un échec du système de santé marquant un défaut d'accès à la prévention primaire. De même, toute morbidité ou mortalité évitable est comptée à charge du système. Simultanément, cette approche est aussi plus confortable pour les médecins, car elle fait appel à des notions de résultats sanitaires que les médecins maîtrisent, et non à l'appréciation subjective des patients. On peut dire qu'il s'agit d'une approche technologique de l'accès aux soins.

Comment fonctionne concrètement l'approche IOM ?

Du côté de la mesure des compétences et de l'accès à la prévention, le nombre croissant de programmes de prévention et d'éducation à la santé (*health promotion*) permet de disposer d'un volume important d'études d'impact. De ces études, on peut relever trois points principaux :

- un biais de sélection important (*inverse care law*) lié entre autres à la dissonance cognitive : les individus les plus susceptibles de suivre les campagnes d'éducation à la santé ou d'être au courant ne sont en général pas celles qui ont le plus de problèmes de santé. Par exemple, les fumeurs ou ceux qui ont le plus de mal à s'arrêter préfèrent ne pas se tenir au courant des campagnes d'information (Hsieh et al. 1996) ; au Royaume Uni, les patients nouvellement inscrits sur les listes des GP qui ne viennent pas à la visite initial (*health check*) sont plus souvent de classe populaire, chômeur, d'origine africaine et gros fumeurs (Toon, 1994)<sup>6</sup>. Pour tenir compte de ce biais de sélection dans l'estimation de l'impact propre de la campagne sur le comportement (ou la compétence), Hsieh et al. (1996) recommandent d'estimer conjointement l'équation de probabilité d'adopter le comportement visé par la campagne d'information (par exemple, le tabagisme) et l'équation de probabilité d'avoir suivi la campagne d'information (contre les méfaits du tabagisme). La difficulté technique tient au fait qu'il s'agit de deux variables explicatives discrètes, ce qui impose une estimation sous l'hypothèse de distribution normale bi-variée des erreurs.
- le vecteur de l'information joue un rôle important : l'accès au message préventif des différentes sous populations varie fortement selon la manière dont le message est délivré. Les populations peu alphabétisées sont évidemment moins sensibles aux messages écrits (mais c'est aussi le cas des mal voyants), certains messages passent mieux quand ils sont délivrés par un expert en situation de face à face (les messages concernant les comportements pathogènes comme le tabagisme ou l'abus d'alcool sont mieux compris et admis quand ils sont délivrés par le médecin), ou par un leader d'opinion. Il en résulte que l'accès à la prévention dépend fortement du milieu social et de l'environnement culturel de l'individu : certes, ce problème se pose aussi pour l'accès aux soins et on contrôle le plus souvent les mesures d'obstacles aux soins par des variables culturelles. Cependant, la différence entre soins et prévention est que, dans le domaine de la prévention, le contenu de l'objet lui même influe sur la probabilité différentielle des différents milieu d'y accéder ; dans le domaine des soins, ce problème est limité à l'effet des différences linguistiques ou à des éléments de distance sociale, sexuelle ou raciale entre le médecin et le patient qu'il semble difficile de modifier à court terme. En termes concrets, dans le domaine des soins, le médecin est

---

<sup>6</sup> A notre connaissance, il n'existe pas actuellement d'étude publiée ou grise sur le biais de sélection aux examens de santé en France, la population ne répondant pas aux convocations n'ayant pas été étudiée.

censé délivrer les mêmes soins à tous (il traite un problème objectif de santé), et la difficulté d'accès aux soins des populations ayant des difficultés cognitives non apparentes (ils ne sont ni étrangers ni handicapés mentalement) n'est pas nécessairement imputable au médecin ; dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, l'offreur est censé s'adapter aux difficultés cognitives de son auditoire, quelles qu'en soit l'origine, s'il veut que son travail ait une quelconque utilité (en termes d'observance et de coopération du patient à son traitement)

- les différents domaines de la prévention sont affectés différemment par des messages similaires. Toon (1994) montre ainsi que l'examen initial est efficace pour changer les intentions des patients face à l'alcool et au tabagisme, mais inefficace pour changer les intentions sur les comportements alimentaires, l'exercice physique ou l'observance des dépistages gynécologiques.

Du côté des résultats cliniques, il existe peu de réalisations concrètes suivant cette approche, car elle soulève de nombreuses difficultés techniques. S'il est déjà difficile de mesurer la morbidité ou mortalité évitable (autrement que par des mesures rudimentaires comme les décès avant un âge conventionnel), il est encore plus difficile de pointer les défauts précis du système de santé qui sont à l'origine de ces décès ou maladies ou incapacités évitables. L'approche relève le plus souvent de l'enquête policière, consistant à remonter d'un constat de carence (des décès qui auraient pu être évités) à des causes plus ou moins directes, en retraçant la genèse de cette carence à travers différents actes pratiqués dans le système de santé.

Lurie (1997) montre que de tels indicateurs nécessaires pour pointer les dysfonctionnements du système supposent de mettre en œuvre des sources de données originales et ne peuvent tous être tirés d'enquêtes auprès des assurés / patients. Par exemple, l'approche IOM a besoin de mesurer le temps passé avec chaque patient par le médecin, ou de mesurer la disponibilité du médecin face aux populations vulnérables (étrangers, malades mentaux, personnes âgées).





## **2. Les mesures empiriques de l'accès aux soins et de ses facteurs**

---

### **2.1. Les enquêtes en population générale : apports et limites méthodologiques**

Dans l'approche Andersen Aday classique, on cherche à rapporter la consommation de soins à des caractéristiques individuelles ou systémiques et à en déduire les obstacles. L'approche est donc avant tout statistique et pose de ce fait des problèmes classiques d'estimation :

- comment séparer l'impact propre des différents obstacles possibles (obstacles financiers, distance géographique, obstacles liés au système) ?
- comment s'assurer qu'il ne subsiste pas de facteurs de confusion ?

On passe en revue ci-dessous ces deux aspects, l'un tenant à la spécification du modèle de mesure retenu, l'autre à la qualité des informations mobilisées. On relève à la fois les problèmes de méthode *in abstracto* et les solutions pratiques (ou les absences de solution) apportées par les analyses connues dans la littérature.

On s'intéresse, dans cette partie, aux études menées sur la base d'enquêtes en population générale. Kasper (1998) liste les informations qui doivent être recueillies dans une enquête en population générale, pour statuer sur l'accès aux soins dans l'approche comportementaliste (voir une liste des principales enquêtes en annexe) :

1. caractéristiques des ménages et des individus les composant, y compris l'état de santé et les motifs éventuels de recours ;
2. opinions et attitudes des informants (y compris leur consommation de soins) ; c'est un apport essentiel et unique des EPG, qu'on ne retrouve jamais dans les données d'activité des points de délivrance de soins ou rarement dans les évaluations de dispositifs sociaux ;
3. caractéristiques du système de soins utilisé : soins couverts et pour quels montants, règles sur l'accès aux différents médecins et services, distance aux producteurs de soins ;
4. interaction du consommateur avec le système de délivrance : existence d'une source habituelle de soins, délais d'attente moyen pour un rendez-vous ou dans la salle d'attente, horaires d'ouverture

On passe en revue la qualité des informations disponibles dans les EPG sur ces quatre points.

Une première partie porte sur la difficulté des études existantes à mesurer l'effet propre d'un obstacle particulier, sachant qu'en général les individus sont confrontés à plusieurs obstacles simultanément. La deuxième partie porte sur les problèmes de précision des réponses des ménages sur le contexte d'offre et la nature des soins perçus (points 3 et 4 de la liste de Kasper, 1998). Pour augmenter la précision sur ce point, on peut opter pour des études « opportunistes », réalisées à l'occasion de la mise en place et du suivi d'une politique spécifique d'accès aux soins, dans lesquelles l'observateur, et non le ménage enquêté, décrit le contexte d'offre de soins ; cette option pose cependant un problème de généralisation, qu'on tente de résoudre par une approche dite « méso ». Enfin, la dernière partie liste les questions liées à la précision des réponses des ménages sur les variables décrivant le besoin de soins (points 1 et 2 de la liste de Kasper, 1998), particulièrement pour les sous-populations non autonomes (enfants) ou mal représentées dans les enquêtes standards (handicapés, personnes souffrant de problèmes particuliers d'accès aux soins).

### **2.1.1. problèmes de spécification : comment séparer l'impact propre d'un obstacle donné ?**

#### **(i) Variable omise**

Une première difficulté dans ce type d'estimation est liée à la spécification du modèle explicatif : pour être certain qu'on mesure bien l'impact d'un obstacle donné sur la consommation de soins toutes choses égales par ailleurs, il ne faut pas omettre de prendre en compte une variable agissant à la fois sur la probabilité que cet obstacle se vérifie et sur la consommation de soins. C'est pourquoi on contrôle, par exemple dans les analyses sur la non assurance (ou, plus généralement, les obstacles financiers) le lien entre couverture et consommation de soins par le niveau de revenu ou la catégorie professionnelle de l'individu.

Ce problème de spécification du modèle est connu sous le nom de « problème de variable omise » ; en matière d'obstacles aux soins, les principales variables omises sont les autres obstacles possibles.

Par exemple, des variables décrivant les obstacles à l'accès aux soins autres que le manque d'assurance (distance aux offreurs de soins, langue, gardes des autres enfants, cf. Zambrana et al. 1994, Frank et al., 1995 et Riportella-Muller et al., 1996) peuvent être des variables omises pour peu qu'elles soient corrélées à l'assurance. Si on suppose, ce qui est possible, que les individus ne parlant pas anglais ont simultanément moins de chances de disposer d'une assurance santé et de recourir aux soins, une équation reliant assurance et consommation sans contrôler de l'effet « parle l'anglais » sur-estimera l'impact propre de l'assurance. Si on déduit de cette analyse qu'une extension de l'assurance diminuera l'obstacle à l'accès aux soins, on se trompera par optimisme.

Un cas intéressant de variable omise est le type de plan de santé auquel est rattaché l'individu. Aux USA, on peut relever d'une *Health Maintenance Organization* (environ 20% des assurés) ou d'un plan plus classique. Dans les HMO, l'accent est mis sur la prise en charge de la santé et non de la seule maladie et une attitude active est demandée aux professionnels de santé vis-à-vis des assurés, y compris pour prévenir l'occurrence de maladies. Le fait de relever d'une telle organisation pourrait donc être plus important que le degré de couverture financière des soins ; en fait, Kenkel (1994) montre, en analyse multivariée, que les affiliés des HMO ont moins de chances d'utiliser des soins préventifs une fois contrôlé le niveau de couverture financière. L'appartenance à une organisation plus soucieuse de prévention ne semble donc pas jouer le rôle de variable omise dans l'analyse de l'impact de l'assurance sur l'accès aux soins.

Techniquement, le problème de variable omise se résout simplement, par introduction de l'information comme contrôle supplémentaire dans l'équation. Il faut cependant pour ce faire que l'information « omise » soit disponible dans l'enquête sur laquelle on mène l'analyse. Il faut donc disposer d'enquêtes relevant simultanément le statut d'assurance, les autres obstacles aux soins, et la consommation. Currie (2000) note cependant que les enquêtes relevant simultanément plusieurs types d'obstacles sont rares et qu'on trouve en général que des résultats sur un obstacle, les autres n'étant pas contrôlés. Elle cite une seule étude relevant à la fois la distance à l'hôpital et le statut d'assurance (Currie et Reagan, 1998), qui montre que, parmi les enfants noirs des centres villes, la probabilité de visites préventives annuelles diminue quand la distance à l'hôpital le plus proche augmente.

#### **(ii) hétérogénéité non observable**

Le deuxième problème dans ce type d'évaluation des obstacles par les disparités de recours est aussi un problème de spécification, mais lié cette fois à une caractéristique non observable directement des individus : par exemple, si le choix de s'assurer est lié à une caractéristique qui pousse aussi à consommer des soins (par exemple une aversion pour les risques liés à la santé), on surestimera aussi l'impact propre de l'assurance sur la consommation, sans pouvoir cette fois contrôler cette surestima

tion en introduisant une variable supplémentaire dans l'analyse (il n'existe pas d'information capturant cette aversion).

Ce problème, classique en économie de la santé, est connu sous le nom de biais de sélection ou encore de biais d'endogénéité. Pour le résoudre, dans le cas de l'assurance, les économistes de la Rand avaient mis au point un dispositif expérimental dans les années 70, consistant à affecter aléatoirement des individus à des contrats d'assurance et à comparer ensuite (en prospectif) leurs consommations de soins (pour une description complète du dispositif, voir Newhouse, 1993, ou, pour une description succincte et en français, Dourgnon et al. 2001).

Il ressort de cette étude que l'effet propre de l'assurance sur la consommation est réel et important : les personnes couvertes totalement avaient des dépenses 30 à 40% supérieures à celles des personnes ayant à leur charge 95% du coût des soins. En outre, l'effet de l'assurance est nettement plus fort chez les plus pauvres. On peut donc en déduire que le défaut d'assurance est un obstacle à l'accès aux soins, surtout chez les plus pauvres<sup>7</sup>. Lillard et al. (1986) montrent que le défaut d'assurance diminue aussi le recours à des soins préventifs : parmi les femmes assignées au plan sans paiement de la part du patient, 3% de plus ont bénéficié d'un examen comparées aux femmes des autres plans.

Ce problème de biais de sélection est pris en compte dans les évaluations de dispositifs particuliers d'amélioration de l'accès aux soins, comme on le verra ci-dessous. Sur une enquête, dans laquelle le statut d'assuré est évidemment non aléatoire, on peut contrôler l'endogénéité en adoptant une technique dite de variable instrumentale : on remplace, dans l'analyse de la consommation de soins, le statut d'assurance observé pour l'individu par une variable fortement corrélée au statut d'assurance, mais n'ayant aucune chance d'être biaisée par l'endogénéité. Dans le contexte nord américain, le fait de travailler dans une petite ou une grande entreprise (ou de ne plus travailler), ou le statut d'assurance du conjoint, sont de bons instruments potentiels : la probabilité d'être assuré dépend fortement du type d'employeur et du statut d'activité, mais il y a peu de chances pour que la propension à consommer des soins soient liée à ce type de variable.

Une autre manière de prendre en compte l'hétérogénéité non observable consiste à l'estimer grâce à des observations répétées sur les mêmes individus (données de panel). On verra ci-dessous que l'approche IOM préconise le recours à des panels de très longue durée d'observation, afin de mesurer l'impact sur la santé des manques éventuels de soins.

Dans l'approche comportementaliste, Currie et Thomas (1995) est apparemment la seule étude à mesurer l'impact de l'assurance publique (MEDICAID) sur données longitudinales (avant / après) : l'analyse porte sur le *National Longitudinal Youth Survey*, et permet d'observer l'impact d'une affiliation à MEDICAID pour un même enfant. Devenir un assuré MEDICAID permet d'atteindre le même nombre de visites curatives que les enfants assurés dans le privé et plus de visites préventives (en général, les plans privés ne remboursent pas les visites préventives). Alors que l'expérience de la Rand ne contrôlait que l'hétérogénéité liée au fait d'opter pour tel ou tel contrat d'assurance, cette mesure longitudinale contrôle toute l'hétérogénéité et montre que les différences de consommation observées entre individus relevant de couvertures différentes ne résultent pas seulement d'un artefact lié à un biais de sélection.

Carr-Hill et al. (1997) soulignent que la plupart des études sur la distance comme obstacle aux soins ne corrigent aucun biais de sélection ni aucune autre variable de confusion possible. Les biais de sélection sont cependant non négligeables, car le lieu de résidence résulte d'un choix, au moins pour une partie de la population.

---

<sup>7</sup> Dans l'approche Andersen Aday, l'accès aux soins se mesure par la capacité à recourir autant que la moyenne à état de santé donné ; on ne se prononce donc pas sur l'utilité médicale ou au sens du bien être de telle consommations.

### **2.1.2. Qualité de l'information recueillie sur le contexte : couverture, offre et distance géographique**

#### **(i) « du côté de chez soins » : description de la couverture et de l'offre disponible**

La qualité de l'information sur l'offre est discutable dans les EPG, car elle repose sur le ressenti des individus enquêtés et non (ou plus rarement) sur des données objectives. En outre, sur des informations telles que le délai d'attente moyen, l'expérience personnelle du patient est en général insuffisante pour qu'il puisse répondre.

En fait, il est toujours possible de doubler l'EPG par une enquête auprès des plans d'assurance et des producteurs de soins, mais cette démarche est coûteuse et, donc, assez rare.

En premier lieu, les conditions de couverture du coût des soins médicaux et conditions réglementaires d'accès aux différents spécialistes (cas US des plans de santé) sont connues avec imprécision, ou, tout au moins, subjectivité. On mesure donc l'impact de l'idée que ce fait l'assuré des obstacles liés à sa couverture, et non des obstacles réels. Pour les recommandations politiques, cela signifie qu'il ne suffit pas de lever tel ou tel obstacle, mais aussi de changer l'idée qu'en ont les assurés.

Il est difficile de demander à l'enquêté une description précise de l'offre de soins à sa disposition ou même des conditions dans lesquelles son assureur le prend en charge. Sur ce dernier point, des enquêtes menées aux USA et relevant les mêmes informations auprès des assurés et auprès des plans qui les assurent montrent que les assurés se trompent très souvent sur des points aussi essentiels que l'obligation d'adressage par le médecin référent (Cunningham et al., 2001). En France, les enquêtes sur les contenus des contrats de couverture complémentaire se heurtent à des taux très élevés de non réponse (de l'ordre des deux tiers des individus concernés, Bocognano et al., 2000).

Ce défaut de connaissance des caractéristiques de l'offre locale interdit en premier lieu d'évaluer proprement l'impact de ce type d'obstacles sur l'accès aux soins, mais peut aussi perturber l'évaluation de l'impact des autres obstacles (financiers et géographiques) : si le fait de relever de tel ou tel type de système de délivrance de soins est corrélé avec le type d'habitat (zone rurale ou urbaine), donc avec la distance aux soins, ou avec le niveau social, donc avec le niveau de couverture maladie, l'estimation des effets propres de ces obstacles classiques sera biaisée (Gold, 1998).

#### **(ii) information sur la distance géographique aux soins et sur le contenu des soins**

De même que pour le contenu de l'offre disponible, la connaissance de la distance géographique du patient à l'offre de services médicaux est souvent de qualité médiocre. On pourrait penser qu'il est plus facile d'interroger les enquêtés sur la distance en temps ou en kilomètres qui les sépare de la source de soins la plus proche (ou de la source qu'ils connaissent) et d'intégrer cette information aux variables disponibles permettant de contrôler la consommation (notamment l'assurance). On l'a déjà souligné, rares sont les études multivariées mesurant l'impact d'un obstacle possible en contrôlant les autres obstacles.

Les études d'impact de la distance sur l'accessibilité sont le plus souvent menées sur données agrégées : pour une zone, on calcule la distance spatiale moyenne au généraliste ou à l'hôpital le plus proche, et on s'intéresse aux variations concomitantes de cette distance moyenne et des volumes de recours aux soins dans ces zones (Lucas-Gabrielli et al. 2001) ; l'approche IOM, qu'on verra plus loin, rapproche cet indicateur de distance moyenne et des indicateurs sanitaires, comme la mortalité à âge standardisé.

Lucas et Tonnellier, 1995, étudient également la distance réellement parcourue pour accéder aux soins hospitaliers, en comparaison avec la distance de l'établissement approprié le plus proche. Ils mettent ainsi en évidence les distances parcourues selon les caractéristiques socio-démographiques, et donnent une mesure de l'attraction hospitalière ; on retrouvera cette problématique dans l'analyse des données disponibles, à propos de l'accès aux plateaux techniques en Ile-de-France.

Une raison de l'absence d'analyse sur données individuelles tient sans doute au fait que les déclarations des consommateurs sur leurs recours aux soins ne constituent pas des indicateurs adaptés à l'analyse de l'accessibilité aux soins. Ce constat s'applique particulièrement à l'analyse de l'impact propre de la distance géographique sur l'accessibilité, mais pourrait en fait se généraliser à l'ensemble des mesures suivant la méthode Andersen Aday.

On relève, à travers les déclarations des enquêtés, le nombre de séances auprès des médecins, ou les occurrences de contacts avec le système de soins<sup>8</sup>, mais on ne sait en général rien du contenu de ces contacts ou séances. Or, on peut imaginer que la distance (ou d'autres obstacles, financiers, ou de délais) conduise le patient à recourir moins souvent mais de manière plus intense, en groupant par exemple plusieurs troubles dans une seule consultation, ou en achetant des médicaments en plus grande quantité à chaque achat.

Le verdict le plus répandu est qu'il est impossible d'obtenir des informations fiables sur le contenu des séances auprès des patients et on serait donc amené à approcher l'impact de la distance géographique par interrogation des médecins (cf. ci-dessous). Dans les EPG, la connaissance de la nature des soins reçus se résume à la décomposition des recours par grands postes (dentistes, urgences, consultations externes, hébergement avec soins, séjours hospitaliers, soins à domicile, médecins, infirmières, santé mentale, et *therapists*). Pour le poste « médecin », les EPG américaines ne demandent pas directement à l'enquêté la spécialité consultée ; certaines choisissent de demander le nom et les coordonnées du médecin consulté, puis de doubler l'enquête ménage d'une enquête médecins.

Pour contourner cette lacune d'information sur le contenu de la séance, deux options sont possibles :

- revenir à l'approche subjective sur l'impact ressenti des différents obstacles : des enquêtes britanniques demandent directement si la distance est un motif de renoncement aux soins (Lucas-Gabrielli et al. 2001) ; on a vu qu'il était difficile d'exploiter de tels résultats ;
- l'utilisation des fichiers administratifs, qui peuvent éventuellement fournir une idée des volumes consommés par contact (par exemple en pharmacie) ; sur ce point, les systèmes centralisés à assurance unique comme la France sont avantagés par rapport aux systèmes décentralisés comme les USA ;
- l'analyse de recours consacrés à des soins pour lesquels la fréquence des contacts est un élément déterminant du traitement : Piette et Moos (1996) mènent une telle étude pour le suivi post-opératoire en infarctus du myocarde. On peut signaler en passant qu'ils utilisent aussi des données administratives, nécessaires pour caractériser précisément le diagnostic, y compris en gravité (ils utilisent les sorties de séjour hospitaliers dans les hôpitaux militaires), et pour suivre avec précision la chronique des contacts ambulatoires post-opératoires : les assurés relevant de l'assurance militaire consomment uniquement auprès de médecins et établissements couverts par cette assurance, ce qui permet de garantir la connaissance complète des recours des individus. Leurs données fournissent la distance entre le lieu de résidence et le point de recours aux soins et permettent de mettre en évidence une corrélation négative entre distance et qualité du suivi ; les auteurs ajoutent un élément de résultat, et montrent que la survie sans hospitalisation est significativement moins fréquente quand le patient vit loin de son médecin.

### **2.1.3. Le dilemme entre caractère généralisable et précision de l'information**

Afin d'obtenir une information plus précise sur le contexte (fonctionnement de l'assurance, du plan et distance à l'offre), l'intuition consiste à s'intéresser à un contexte particulier, pour lequel l'information est disponible sans avoir à passer par les enquêtés. On utilise alors des enquêtes opportunistes en

---

<sup>8</sup> Dans les enquêtes américaines, ces relevés sont en général rétrospectifs et sur une période d'un an ; cette pratique de relevé rétrospectif tend à se généraliser en Europe, en dépit de sa qualité médiocre. Sur ce point, la France se distingue en restant fidèle à des indicateurs prospectifs issus de carnets de consommation de soins.

tourant une expérience « naturelle » : une autorité politique met en œuvre un changement de politique de prise en charge des soins, l'analyse consiste à relever des indicateurs de performance avant et après le changement, et à contrôler que les autres facteurs, notamment les biais de sélection ne biaisent pas l'analyse.

De tels changements de politique ne sont pas si fréquents, et les analyses opportunistes bien faites sont donc rares. On s'intéresse ici à deux études ayant concerné MEDICAID.

Une première étude (Tilford et alii, 1999), concerne une extension de MEDICAID et cherchait à convaincre les assureurs de se porter sur le marché d'assurance pour les enfants pauvres en mesurant l'impact de programmes spécifiques sur les consommations de soins des enfants pauvres.

Une loi de 1990 (*Omnibus Reconciliation Act*) recommandait l'extension de MEDICAID aux enfants pauvres, mais il restait 10 millions d'enfants sans couverture maladie en 1996 (parents actifs mais non couverts). La loi budgétaire de 1997 crée un nouveau programme (CHIP : Children Health Insurance Program), avec son financement, pour développer l'assurance maladie aux enfants non assurés de faible revenu. En Arkansas, les autorités ont choisi de développer ce programme en direction des élèves de l'école publique, dans deux communautés rurales du delta du Mississippi. Elles ont demandé à 100 compagnies d'assurance de soumettre candidature et prix (par *bidding*) pour un panier prédéfini (le panier indique les plafonds de dépense annuels au delà desquels les assurés n'étaient plus pris en charge, soit l'assurance de l'assureur). Le plafond annuel maximal (hors accouchement, optique et prothèse dentaire) s'élevait à \$ 6000, et l'incertitude était tellement forte sur les demandes de soins des assurés qu'une seule compagnie accepta de soumettre une proposition. En première année, le panier ne comprenait ni soins dentaires, ni optique. Cependant, devant la modicité des prises en charge par rapport à la capitation, les autorités ont décidé d'inclure les soins dentaires en deuxième année, puis l'optique en quatrième année.

L'analyse est menée par un modèle logit à effet mixte pour la probabilité de recours, un modèle normal à effet mixte pour la dépense des consommateurs. Les variables d'intérêt : année de l'expérimentation, car on veut tester si la dépense décroît, ce qui indiquerait un effet rattrapage des consommations reportées à l'époque de non assurance ou croît, ce qui indiquerait un effet rattrapage, mais au sens où les anciens non assurés adapteraient progressivement leur comportement sur celui des assurés.

Il apparaît assez nettement que la consommation a tendance à croître, pour s'approcher progressivement de celle des enfants comparables, mais déjà couverts avant le programme. En soins dentaires, le pourcentage de consommateurs passe de 29% à 50%, contre 51% pour les enfants comparables (source = NMES) et l'effet est confirmé toutes choses égales par ailleurs (le coefficient de l'année 4 est positif et significatif à 1%) ; en revanche, il est vrai, la consommation moyenne des consommateurs diminue plutôt (coefficients négatifs toutes choses égales par ailleurs), et il n'y a pas là simplement un effet de sélection (le coût total n'augmente que très peu, de 5.23 à 5.46, ce qui montre bien que la dépense moyenne des premiers consommateurs diminue s'ils continuent à consommer). En gros, donc, il y a les deux effets de rattrapage simultanément : le *pent-up*, ou s'offrir les soins auxquels on a renoncé, qui concernerait une faible minorité de consommateurs en début d'expérience, puis l'adaptation, qui conduirait le taux de consommateurs à augmenter, diminuant la dépense moyenne .

Une autre étude (Short, et alii, 1994) confirme que l'assurance de non assurés conduit à un coût individuel moyen identique.

La deuxième étude porte sur une modification mineure de la prise en charge, ayant suivi l'implantation du Maryland Access to Care (MAC) en 1992, programme qui ressemble assez à une instauration de CMU.

Le MAC est un système d'assurance santé classique (notamment fonctionnant en paiement à l'acte du médecin) s'adressant aux bénéficiaires de MEDICAID. Les assurés doivent s'affilier à un médecin référent chargé de surveiller les adressages et les consommations secondaires. Le référent ne reçoit

pas de capitation pour ce service, mais ses honoraires MEDICAID sont revalorisés. Les pouvoirs publics en attendaient une augmentation de la prévention, une amélioration de l'accès aux soins primaires, et une diminution du recours aux soins d'urgence ou de spécialistes.

L'évaluation (Schoenman et alii, 1997) s'est déroulé en avant / après (*baseline* et *post-implementation*), sans groupe témoin. Il est impossible de définir un groupe témoin, car l'inscription est obligatoire pour les éligibles (et aller chercher un groupe témoin hors du Maryland aurait posé de réels problèmes de comparabilité). En fait, le contrôle est réalisé grâce aux données longitudinales : les « après » sont les mêmes que les « avant » et tous les individus n'entrent pas dans le dispositif à la même date (pas d'effet période). En effet, un peu comme en CMU, les individus ne sont basculés dans le système nouveau qu'à l'occasion d'un recours dans le cadre de MEDICAID.

Le fichier est un fichier administratif de remboursements, comprenant environ 500 000 observations (individus - trimestres), avec trois années d'observations avant le début du programme et deux années après. Pour chaque observation, on sait si l'individu est dans le programme ou pas (toutes les observations sont éligibles au programme) et s'il s'agit de la première occurrence de l'individu dans le programme. Le fichier contient très peu d'information socio-démographique.

Pour contrôler un biais de sélection lié au fait que les individus les plus consommateurs ont plus de chances d'adhérer au programme (on est basculé à l'occasion d'un recours), le modèle est à effet fixe (estimateur *within*), ce qui élimine l'endogénéité de la variable testée (inscription au programme). En outre, comme la première occurrence MAC reflète en réalité des décisions de consommation prises avant le programme, une variable indépendante « première occurrence dans le programme » est ajoutée. Enfin, la consommation est décomposée en plusieurs domaines : séances de généraliste, de spécialiste, urgence, médicaments, radiologie, analyses, soins de prévention infantile (< 21 ans), frottis vaginal, séjours hospitaliers.

La stratégie d'estimation est en deux étapes (existence d'une consommation, puis consommation conditionnelle au fait d'être un consommant). L'impact du programme est calculé en dollars, en simulant les dépenses qui auraient eu lieu sans le programme, aux prix des années finales et aux volumes constatés sans programme.

Il apparaît que le programme a augmenté la dépense totale, de 3% environ, par le biais d'une augmentation significative du recours aux soins primaires. La probabilité de recourir au système de soins a augmenté de 25% (48% chez le généraliste), mais la dépense conditionnelle totale a diminué de 13.5%, les économies étant réalisées sur les dépenses conditionnelles de radio (6%) et d'analyses (22%). Le programme a augmenté de 50% la probabilité de soins préventifs pour les enfants et de 16% la probabilité de frottis.

La conclusion générale de cette évaluation est qu'une modification marginale du plan MEDICAID, centrée sur le fonctionnement de l'offre de soins et non sur les conditions d'assurance, a produit des résultats importants et dans le sens voulu. La connaissance des conditions de l'offre est donc une variable essentielle pour évaluer l'impact de tel ou tel obstacle sur l'accès aux soins.

Le problème est cependant qu'on ne pourrait en rien généraliser ce résultat : hors du Maryland, et de cette population MEDICAID (en fait, hors de la combinaison spécifique, population MEDICAID du Maryland), rien ne dit qu'un programme identique aurait les mêmes effets.

Pour mesurer les effets d'un programme sur plusieurs populations à la fois, tout en conservant les avantages de la précision dans la description du contexte, notamment de l'offre, la *Robert Wood Johnson Foundation* a financé, depuis 1996, une étude mêlant monographie et enquête générale, la *Community Tracking Study*.

Cette étude (présentée en annexe ci-dessous) est une première dans l'économie de la santé : une EPG est menée sur un échantillon de 60 sites locaux tirés au hasard, et douze monographies sont

ensuite menées sur des sites tirés au hasard parmi ces 60. Les monographies et l'EPG sont menées en 1996 et 1998, l'objectif étant de mesurer précisément les changements du système de soins entre ces deux dates, de mesurer sur les mêmes sites les changements dans les résultats (accès et utilisation du système de soins, résultats sanitaires), enfin de s'assurer que les résultats n'étaient pas spécifiques aux 12 sites, mais pouvaient être généralisés :

« Les 48 autres sites sont étudiés de manière plus superficielle, avec des échantillons plus petits et sans monographie (visites des sites). Les 12 sites privilégiés nous permettront de repérer et comprendre les changements des systèmes de santé en profondeur ; les 48 superficiels permettront de vérifier que nos résultats ne proviennent pas d'idiosyncrasies sur les sites privilégiés et permettront une généralisation » (Kemper et al., 1996, page 197).

On peut qualifier une telle enquête de méso-étude car elle combine des résultats classiques d'enquête auprès des ménages (généralisation) et des approches monographiques sur les environnements de certaines zones géographiques (précision).

Sur l'accès, l'enquête se réfère au modèle Andersen Aday, dans sa version « accès aux soins » multidimensionnelle.

Trois dimensions de l'accès sont retenues :

- les barrières ressenties (renoncement, non disponibilité d'une source de soins régulières, confort d'accès pour obtenir un rendez vous)
- le recours aux soins, mesuré en rétrospectif sur un an, en distinguant l'ambulatoire, la prévention, les séjours hospitaliers, et les interventions chirurgicales
- enfin la satisfaction générale, l'avis sur la qualité des médecins du panel, sur la dernière séance avec un médecin et la confiance du patient dans les actions du médecin

Les variables de contrôle sont l'état de santé (mesuré par le SF-12<sup>9</sup>), les socio-économiques habituelles (revenu, situation démographique), le type de couverture assurantielle et les préférences : l'individu se sent plus prêt à prendre des risques que la moyenne, l'individu est d'accord pour restreindre le choix de médecins s'il peut faire des économies

La taille de la population enquêtée permet aussi d'appréhender des sous populations vulnérables : les pauvres, les malades, les enfants, et les minorités ethniques.

Reschovsky et Kemper, 1999/2000, ont utilisé cette enquête pour évaluer la qualité des soins dans les HMO. Il existe une abondante littérature comparant les pratiques en et hors HMO, revue par Miller et Luft, 1994 et 1997 Les aspects comparés sont : l'accès, le recours, l'évaluation par les patients, les coûts et les résultats cliniques. Miller et Luft mettent en garde contre une généralisation des conclusions de ces études :

- elles dépendent fortement des marchés locaux (zones géographiques)
- elles reposent souvent sur des données anciennes, alors que la situation évolue très rapidement
- elles sont trop souvent centrées sur un seul critère de performance
- elles ne permettent pas de trouver des résultats pour des sous populations
- elles ne corrigent pas le biais de sélection (le fait que la population du HMO peut être différente pour des raisons d'hétérogénéité non observable de la population qui reste dans les plans traditionnels).

Le modèle estimé par Reschovsky et Kemper est :

---

<sup>9</sup> note subjective, auto-évaluation de l'impact de la santé (physique et émotionnelle) sur la vie quotidienne, le travail, la vie sociale, auto-évaluation de l'état émotionnel (calme, en forme, triste) sur les quatre dernière semaines



$$Y_i = \alpha HMO_i + X_i' \beta + M_j' \gamma + \varepsilon_i,$$

avec HMO une indicatrice du fait que l'individu est assuré auprès d'un HMO,

X les caractéristiques observables individuelles,

M les caractéristiques du marché j duquel relève l'individu ;

Y la variable de performance pour laquelle on cherche un effet HMO propre.

Le modèle est une forme réduite, car on ne tente pas de mesurer les interactions entre les dimensions de la performance (accès, recours, satisfaction).

Pour les dépendantes continues (variables de dépenses), l'estimation est en deux parties et log-transformée. Certaines dépendantes sont connues au niveau de la FIU seulement et non de l'individu. Le logiciel d'analyse utilisé (SUDAAN) tient compte des corrélations intra-ménages et corrige donc ce biais.

Les estimations sont contrôlées de l'hétéroscédasticité et utilisent l'estimateur *smearing* pour retransformer les log. En revanche, les variances ne sont pas calculées, principalement à cause de la méthode de sondage qui complique le calcul.

Pour la correction du biais de sélection, lié au fait que les individus en HMO peuvent avoir choisi cette formule pour des critères qui influencent aussi la performance Y mesurée, il n'est pas possible d'utiliser la méthode des doubles moindres carré (2SLS), car, selon Kane, et alii, 1999, l'estimateur 2SLS serait plus biaisé que la méthode des moindres carrés ordinaires (OLS) si la variable soupçonnée d'endogénéité est sujette à erreur de mesure. A la place, un contrôle utilisant la variable « choix du plan d'assurance » : l'idée est de comparer le modèle complet au modèle complet plus une variable d'interaction entre l'indicatrice de HMO et l'indicatrice de choix. Si la variable d'interaction est significative, cela veut dire que le fait d'avoir le choix change l'impact du HMO, ce qui laisserait supposer que des facteurs non observés provoquent un biais de sélection.

Sur les 55 variables dépendantes testées, on ne trouve que 6 cas d'interaction significatives. Trois de ces cas concernent des variables d'accès et, plus précisément les barrières financières : la variable est significative pour expliquer que le RAC (reste à charge, traduction française de *out of pocket*) est supérieur à 5% du revenu, RAC supérieur à \$1000, renoncement pour des raisons financière sur l'année écoulée. Le HMO réduit ces barrières financières, mais cette réduction est plus forte pour ceux qui ont le choix. L'auteur a réestimé l'effet HMO et trouve qu'il n'est plus significatif parmi les individus n'ayant pas eu de choix pour la variable de renoncement. En revanche, pour les variables de RAC, l'effet HMO reste significatif même si on se limite à la population n'ayant pas eu le choix. L'auteur en déduit que la variable HMO n'est pas endogène quand le RAC est la variable expliquée ; pour le renoncement, en revanche, il y a une forte probabilité d'endogénéité ; mais l'auteur la réfute en arguant du fait que, s'il y avait biais, il devrait fonctionner dans l'autre sens. Son argument, qui ne me convainc pas vraiment, est que, en cas d'endogénéité, le choix d'un HMO par les plus sensibles au RAC devrait diminuer l'impact de la variable HMO chez ceux qui ont le choix et l'augmenter chez les autres et on devrait donc observer le contraire de ce qu'on observe. Cet argument serait vrai si la variable dépendante était vraiment équivalente à une variable de RAC, mais elle est en fait une estimation subjective du sentiment de frustration des individus par rapport aux soins. Il y a bien endogénéité sur le renoncement, me semble-t-il : les individus qui choisissent le HMO sont à la fois sensibles au RAC et sensibles à l'obstacle du RAC sur leur désir de consommer de soins. Pour eux, la diminution de la barrière financière grâce au HMO est donc plus ressentie que pour ceux qui n'ont pas le choix. Cette endogénéité révèle surtout un problème avec les variables de renoncement aux soins.

La conclusion générale des auteurs est qu'il n'y a pas de biais de sélection.

Résultats : toutes choses égales par ailleurs, le HMO réduit le risque de non accès pour raison financière, de manière très significative, augmente la possibilité d'avoir un point de services simple et accessible, et n'a pas d'effet sur le confort. Pourtant, la mesure subjective (renoncement ou report) est défavorable aux HMO (plus de restriction ressentie) quand elle est significative.

#### **2.1.4. mesure des facteurs de confusion : état de santé, sous populations spécifiques et non autonomes**

##### **(i) mesure de l'état de santé et populations vulnérables**

Le modèle Andersen Aday suppose implicitement que toute variation de recours non expliquée par le besoin signe un problème d'accès ; pour valider un tel modèle, il faut donc que le besoin soit parfaitement mesuré, ou au moins qu'on soit certain qu'il ne subsiste pas de variation entre individus une fois qu'on contrôle les variables d'état de santé disponibles dans l'enquête. On peut suggérer de se concentrer sur certaines pathologies, dites traceuses, par exemple, les maladies mentales, et d'approfondir, pour ces pathologies, la gravité et les conséquences fonctionnelles et cliniques.

La mesure de l'état de santé et des diagnostics traceurs amène au problème des sous populations vulnérables : dans une EPG, il est difficile de collecter une information valide (en nombre suffisant) sur des diagnostics peu répandus, mais pourtant très coûteux et sur lesquels les problèmes d'accès sont sans doute les plus importants (SIDA, maladies mentales). Certaines enquêtes utilisent des pré-sélections en demandant les diagnostics, mais c'est lourd et peu efficace (sous déclaration systématique, pouvant engendrer un biais de sélection). La tendance est plutôt à la réduction des listes de diagnostics, regroupés en très grandes catégories (12 chapitres maximum dans le prochain NHIS).

Une alternative est d'interroger les enquêtés sur les dysfonctionnements qu'ils rencontrent dans les activités de routine de la vie quotidienne et de sur représenter les individus rencontrant des difficultés importantes.

Une autre alternative est d'échantillonner sur les fichiers de gestion des plans de santé, qui contiennent en général des diagnostics codés ; le problème est qu'on n'atteint que les inclus et diagnostiqués, d'une part, qu'on complique énormément le plan de sondage d'autre part. Cette approche par les plans n'est possible qu'au plan local (*community*).

En outre, les questions génériques sur l'accès (recours en volume sur l'année écoulée) sont sans doute inadaptées pour les populations souffrant de maladies spécifiques ; le parallèle est fait avec les questionnaires *Health Related Quality Of Life* (HRQOL), qui mélangent des questions génériques pour comparer des populations et des questions spécifiques pour certaines pathologies.

Pour l'instant, nous n'avons rien trouvé sur les difficultés d'accès aux soins des handicapés physiques.

##### **(ii) minorités ethniques**

La littérature américaine souligne également la difficulté de mesurer l'accès aux soins des minorités ethniques, le plus souvent sous-représentées dans les enquêtes en population générale. En effet, il a été montré que les membres de communautés minoritaires peuvent faire preuve de scepticisme envers le système de soins et les chercheurs qui s'y intéressent.

D'un point de vue méthodologique, la prise en compte de ce biais de sélection peut prendre la forme d'une stratification sur le groupe ethnique. S. I. White-Means, 1995, compare les résultats de trois

estimations : sur l'échantillon total, sur le sous-échantillon des « blancs », sur le sous-échantillon des « noirs »<sup>10</sup>.

L'analyse de la fréquentation des urgences révèle que l'accès à des soins primaires a une influence sur le recours aux urgences, pour les « noirs » seulement, alors que pour les « blancs » les urgences ne sont pas considérées comme un substitut aux soins qu'ils soient ambulatoires ou à domicile. L'estimation sur la totalité de l'échantillon masque un tel résultat et les déterminants du recours aux urgences varient selon que le modèle est stratifié ou non (on aurait pu mesurer la même chose en testant les effets d'interaction entre ethnie déclarée et recours aux urgences et aux soins primaires).

Une étude de R.K. Khanden et L.J. Simoni-Wastila, 1998, sur la population couverte par Medicaid en Géorgie, fait apparaître que les « noirs » ont reçu moins de prescriptions de médicaments et ont engendré une dépense moins importante que les « blancs », et ce après ajustement sur les caractéristiques démographiques et les motifs d'affiliation à Medicaid. D'autres études confirment l'existence de disparités entre groupes ethniques et révèlent notamment la différence de comportement de recours aux soins, et la présence d'interaction entre le système de santé et les différents groupes. Du fait de cultures et d'approches différentes du système de santé, les variations observées dépendraient alors de la décision des patients à recourir aux soins. Une autre explication se situe du côté de l'offre de soins : les variations observées proviendraient de différences au niveau du diagnostic et du traitement d'un même état de santé voire de la confrontation au refus de soins.

Enfin, il faut mentionner le fait que les Américains appartenant à des minorités ethniques tendent à considérer l'origine de leur médecin comme un critère de choix. Ce n'est pas parce que les médecins du même groupe ethnique sont plus présents au sein de leur zone géographique de résidence que les membres de minorités recherchent des médecins de leur origine mais bien pour des raisons personnelles ou de compréhension (difficultés avec l'anglais dans le cas des asiatiques ou des hispanophones). Avec la croissance des communautés minoritaires, la demande de médecins de même origine va croître. Pour faire face à cette demande, les politiques d'admissions dans les écoles de médecine, et les décideurs en matière de santé publique vont devoir adopter des stratégies adaptées afin d'augmenter l'offre sous-représentée des médecins d'ethnies minoritaires.

### (iii) individus non autonomes

Pour des raisons évidentes de coût, les EPG utilisent souvent un informant principal par ménage, ce qui conduit à des réponses dites « proxy » pour les non informants directs ; pour certains individus, le proxy est systématique (enfants, malades mentaux). Les évaluations objectives sont à peu près fiables en proxy, mis à part les cas de négligence, mais tel n'est évidemment pas le cas du subjectif.

En outre, au delà de la fiabilité de la réponse, se pose un réel problème d'accès spécifique pour les populations non autonomes, ou dont la demande est exprimée ou assumée (en temps ou en argent) par d'autres. Hors les cas patents de négligence parentale, l'accès aux soins des enfants peut être limité par des décisions unilatérales des détenteurs de ressources (dans les pays pauvres, les soins aux enfants ont un coût d'opportunité élevé s'ils privent les apporteurs de ressources de nutriments), ou par une difficulté de la part du patient (enfant) à faire admettre un besoin de soins aux décideurs (parents). Ces difficultés particulières motivent les dispositifs de dépistage en milieu scolaire, le médecin scolaire se faisant alors le porte parole des besoins de soins non évidents (troubles de la vision, scoliose), non exprimés (troubles psychologiques et affectifs), ou supposant une modification du comportement parental (hygiène, diète, sommeil, activité physique). Pour les mêmes raisons, les enquêtes auprès des parents rencontrent des difficultés à contrôler le recours par le « besoin » des enfants. Pour cette population particulière, mais néanmoins nombreuse, les approches normatives (IOM, par exemple) semblent devoir donner de meilleurs résultats que les interrogations directes.

---

<sup>10</sup> dans les enquêtes américaines, il s'agit de caractéristiques auto-déclarées, sur lesquelles l'enquêteur n'intervient pas.

## 2.2. Les enquêtes auprès des médecins et la problématique de refus des soins lié au tarif

Si les EPG sont les outils incontournables des analyses « comportementalistes » classiques (accès au système), les analyses d'accès aux soins (ou encore d'accès secondaire) peuvent utiliser les EPG, mais aussi des enquêtes directes auprès des offreurs, afin de savoir s'ils pratiquent des refus ou mettent des obstacles à certaines consommations. Cette problématique est plus pertinente dans le contexte américain, parce qu'un médecin peut légalement refuser de traiter certains patients, par exemple les patients assurés auprès de MEDICAID.

Selon Currie, 2000, 5% des médecins affirment qu'ils refusent les patients MEDICAID et 40% des pédiatres limitent le volume de patients MEDICAID. Il en résulte que les enfants assurés par MEDICAID sont vus plus souvent à l'hôpital en urgence, et moins souvent que les autres en pratique privée ; du coup, ils sont plus sensibles que les autres aux obstacles non monétaires à l'accès, notamment la distance à l'hôpital (Currie et Reagan, 1998). En outre, les médecins qui traitent les enfants MEDICAID passent en moyenne moins de temps par patient (Decker, 1992), ce qui laisse redouter un effet qualité. Cette différence de traitement n'est pas nécessairement liée seulement aux différences d'honoraires : si les médecins considèrent que les patients MEDICAID sont plus lourds que les autres, ils vont tenter de ne pas les soigner *a priori* et il y aura donc discrimination contre les pauvres et les minorités. Travis, 1996, montre ainsi que l'augmentation des honoraires MEDICAID a amélioré l'accès aux séances de médecins des « blancs » et des « Hispaniques », mais pas des « noirs ».

Le problème est formalisé dans Perloff, J.D., P. Kletke, and J. W. Fossett, 1995 : MEDICAID paye aux médecins un tarif unique, généralement inférieur aux prix du marché ; soucieux d'égalité d'accès aux soins, le Parlement a demandé aux Etats de prouver à HCFA qu'au moins 50% des pédiatres et des obstétriciens participaient totalement (sans refus ni sélection) au programme MEDICAID.

La théorie, formulée initialement sous le nom de *two market demand model* par Sloan, Cromwell et Mitchell, 1978, prédit que, face à une différence entre tarif MEDICAID et prix du marché, seuls les médecins à demande faible sur le marché (diplômés à l'étranger ou « *non board certified* ») sont preneurs de patients MEDICAID. Le degré de concurrence (densité de l'offre locale et richesse moyenne de la population locale) doit avoir une influence sur l'acceptation du programme par les médecins : les zones à forte concurrence devraient normalement mieux remplir l'objectif de participation. Comme la zone géographique classique (*metropolitan area*) est plus vaste que la zone de chalandise d'un médecin typique, il peut exister des effets de ségrégation au sein de la zone d'observation (les pauvres et les « noirs » résident loin de tel ou tel médecin et sa zone de chalandise est en fait plus riche que ce qu'indique la statistique moyenne). Il faut donc contrôler par un *proxy* de la discrimination et les auteurs utilisent la proportion de « non blancs » dans le Comté d'exercice.

Deux approches du refus de soins par enquête directe auprès des médecins sur leur pratique montreraient que le tarif opposable public n'a pas ou peu d'impact sur les décisions des médecins d'accepter ou de refuser des patients, même quand le tarif est plus faible que le prix du marché.

### 2.2.1. L'enquête de l'association médicale

L'*American Medical Association* dispose d'un fichier de tous les médecins exerçant sur le territoire, même les non adhérents, et mène des enquêtes sur un échantillon aléatoire de taille 4000 tous les ans (échantillon variable) ; le taux de réponse est de 65%. L'étude de Perloff et alii 1995 repose sur les échantillons de 1990-93, et pose la question : « En ce moment, acceptez vous tous les nouveaux patients MEDICAID qui se présentent, quelques uns seulement, ou aucun ? ». L'étude porte seulement sur les médecins qui en acceptent quelques uns, ou tous (les non participants sont exclus), et cherche à expliquer la participation complète (accepter tous les patients MEDICAID) selon les caractéristiques des médecins.

téristiques du médecin et du marché dans lequel il travaille (régression logistique). Sont aussi exclus les radiologues, les anesthésistes, et les spécialistes de pathologie (la question ne leur est pas posée dans l'enquête), les médecins travaillant dans des cabinets de 10 médecins ou plus (23% de l'échantillon), parce que leur marge de manœuvre personnelle dans la décision de refuser un patient MEDICAID est faible. Enfin, il faut que la pratique réelle confirme la déclaration : sont exclus les médecins qui disent accepter mais dont les patients MEDICAID représentent moins de 2% de leur revenu [les auteurs ne disent pas de quelle source provient le revenu et la part MEDICAID]. Au total, 55% des répondants ont été exclus de l'analyse ; comme les motifs d'exclusion sont évidemment corrélés à la variable expliquée, une régression sur la seule population sélectionnée est biaisée (biais de sélection d'Hausman). Il faut donc mener en premier lieu un probit expliquant l'exclusion du médecin de l'analyse, puis inclure l'inverse du ratio de Mills dans l'équation expliquant la participation complète à MEDICAID.

Pour mesurer l'impact de la différence de prix entre MEDICAID et le marché, deux *proxies* sont utilisées : le prix MEDICAID est donné par le tarif d'une séance dite intermédiaire pour un patient déjà connu du médecin, et le prix du marché est fourni par le prix maximum autorisé pour un patient MEDICARE. Le dernier est un pis-aller. Enfin, des indicatrices d'année capturent d'éventuels effets période et autorisent des constantes différentes d'une année sur l'autre. Deux équations sont estimées, une pour les médecins de soins primaires (37% des participants sont des participants complets), une autre pour les spécialistes (56% de participants complets).

Les résultats confirment partiellement la théorie du marché dual : le tarif MEDICAID a un effet significatif et positif sur la participation complète (mais le prix MEDICARE maximum autorisé n'a aucun impact - [pourquoi n'entrent ils pas le ratio AID/CARE ? - le prix MEDICARE n'a pas d'impact propre, et si le prix MEDICARE augmente quand le MEDICAID augmente, l'effet est capturé par la variable MEDICAID]), les médecins de soins primaires étrangers ou sans certification participent plus souvent complètement (mais ce résultat ne tient pas pour les spécialistes, pour lesquels c'est la spécialité qui compte). En revanche, les caractéristiques de la zone géographique, censées refléter le degré de concurrence, n'expliquent pas la participation complète. Le fait de pratiquer isolément ou en groupe ne joue pas.

L'effet marginal estimé du tarif MEDICAID est faible : porter le tarif opposable en moyenne au niveau MEDICARE (+\$7.38) ne porterait la proportion de participation complète qu'à 44% des médecins participants (soit seulement 30% du total des médecins, puisqu'un tiers environ ne participent pas du tout) ; pour atteindre l'objectif de 50% de participants complets, il faudrait, selon les auteurs, augmenter le tarif de 60% et le porter à 20% au dessus du prix MEDICARE, mais nous pensons qu'ils sous estiment encore l'augmentation. En effet, porter le pourcentage de participants complets à 50% des médecins (et non de ceux qui participent) suppose que 75% des participants sont des participants complets, soit environ \$38 d'augmentation. [Selon nous, ce résultat presque absurde montre qu'on ne peut pas extrapoler à partir du coefficient de l'effet linéaire du tarif sur la participation, et qu'il aurait été souhaitable d'estimer un effet quadratique, avec un coefficient attendu négatif sur le terme au carré].

### **2.2.2. Une évaluation du refus de soins reposant sur plusieurs sources : le PPRC**

L'étude de Lee et Gillis 1993 porte sur le refus des patients MEDICARE par les médecins. Une réforme du paiement MEDICARE part B a eu lieu en 1992 et l'article tente de mesurer l'impact de cette expérience naturelle. La réforme : la méthode traditionnelle de paiement, « raisonnable », est remplacée par un barème et un renforcement des contraintes sur les dépassements d'honoraires pratiqués. Cette réforme est accompagnée d'une refonte de la nomenclature (codage des actes modifié). Une première évaluation a été demandée par le Congrès à la Physician Payment Review Commission (PPRC), qui a utilisé pour ce faire plusieurs sources : les volumes de recours aux soins (primaires et

secondaires) par les bénéficiaires MEDICARE (source HCFA et NHIS), et une enquête spécifique (menée par HCFA) appelée « Current Beneficiary Survey » (CBS), un panel de 12 000 bénéficiaires MEDICARE collectant de l'information sur plusieurs indicateurs d'accès. L'analyse des volumes par zone géographique montre que, après la réforme, les soins primaires ont augmenté, les secondaires diminué et les zones à revenus des médecins élevés ont diminué les recours (compensés par une hausse du volume dans les zones à revenus des médecins faibles). Les premiers résultats du CBS montrent que les volumes ont augmenté dans les zones dans lesquelles les bénéficiaires avaient exprimé (en 1991) le plus de renoncement (et diminué dans les autres), soit un redéploiement.

L'article complète ces mesures avec des données issues des médecins eux mêmes : refusent ils la prise en charge des patients MEDICARE, pratiquent ils des dépassements, quelle est l'importance de MEDICARE dans leur pratique. Il en découle les indicateurs d'accès suivants :

- Proportion de médecins traitant des patients MEDICARE (au moins un service à un patient MEDICARE dans les douze mois précédents) : reste stable à 95%
- Proportion de médecins qui disent accepter de nouveaux patients MEDICARE : la part de médecins qui acceptent tous les nouveaux patients MEDICARE diminue, de 79% à 75%, la diminution jouant à la fois chez les médecins primaires et spécialistes, et étant surtout sensible en zone urbaine (plus d'un million d'habitants). Cette diminution chez les médecins de soins primaires est évidemment surprenante car la réforme était supposée augmenter leur tarif : une explication possible est que certains médecins dits « primaires » sont en fait orientés vers des procédures, dont les prix ont été diminués par la réforme. Parallèlement, la part qui refuse tout nouveau patient MEDICARE passe de 4% à 6%.
- Propension des médecins à ne pas fournir certains services aux patients MEDICARE, alors qu'ils continuent à les fournir à d'autres patients : 10% des médecins disent réduire certains services aux patients MEDICARE (contre 7% avant la réforme), dont la moitié refusent totalement ces services.
- Reste A Charge des patients, mesurés par deux variables : *participation rate* (la proportion de médecins acceptant le tarif MEDICARE) et *assignment rate* (la proportion d'actes sans dépassement procurés par les médecins hors tarif de convention). La participation a augmenté avec la réforme, de 66% à 70% (59% à 66% chez les primaires et 68% à 72% chez les secondaires), et dans toutes les zones géographiques. C'est un des objectifs de la réforme. La part d'actes en tarif de convention est restée stable chez les « secteur II ».
- Proportion des séances MEDICARE dans la pratique du médecin : laissée inchangée par la réforme
- Concentration des services MEDICARE dans la population des médecins : laissée inchangée par la réforme

L'article jumeau de 1994 actualise ces premiers résultats à 1993 : la part de médecins qui acceptent les patients MEDICARE remonte en 1993, à 77%, et la part de médecins qui refusent tout patient MEDICARE redescend à 5%. L'année de la réforme a donc sans doute amplifié des mouvements par rapport à la clientèle MEDICARE, mais qui n'ont pas perduré. De même, la proportion de médecins qui diminuent certains services pour les patients MEDICARE redescend à 7,5% (vs 7% en 91 et 10% en 92). En revanche, la proportion de médecins respectant les tarifs continue à augmenter, à 77% en 93 (départ à 66% en 91), et la réforme porte aussi ses fruits sur la proportion d'actes au tarif chez les médecins non participants (de 30% à 33%). Toujours pas de changement dans la part MEDICARE des actes ni dans la concentration des médecins sur les services MEDICARE.

### **2.2.3. Mesure macro du refus de soins**

Coburn et alii, 1999, proposent une approche alternative du refus de soins des patients MEDICAID, sans se fonder sur les déclarations des médecins, mais en comparant directement le volume de re

cours aux soins sur deux situations historiques caractérisées par des tarifs relatifs différents. Selon ces auteurs, il existe une littérature sur le lien entre tarif et accès des pauvres, qui montre d'une part un recours plus faible quand le tarif public est faible, mais aussi une structure différente des recours : moins de séances au cabinet du médecin, plus de consultations externes ou d'urgences. Cette littérature est transversale, comparant des zones à faibles tarifs aux zones à forts tarifs. Or, une variable omise peut expliquer simultanément des tarifs faibles et un recours élevé aux offres alternatives au médecin sans que la non participation des médecins soit en cause.

Leur article repose sur l'utilisation d'expériences naturelles, qui permettent de contrôler ces effets de variation locale de l'offre. Ces expériences naturelles sont potentiellement biaisées par des changements liés à la période et qu'on attribuerait à tort au choc expérimental. Deux expériences sont ici utilisées : les hausses et les baisses de tarif MEDICAID de deux Etats, le Maine d'une part, le Michigan d'autre part, entre 1988 et 1992. Ces deux Etats ont modifié à plusieurs reprises le tarif de la consultation simple (Evaluation and Management Services), les variations pouvant atteindre 48% du prix. L'étude relie le recours (par type de population et par type de professionnel délivrant le service) au ratio du tarif MEDICAID sur le prix moyen (*charges*) des médecins sur le marché libre. Il n'est pas précisé comment est calculé ce prix moyen, mais les auteurs réfutent explicitement l'idée d'un proxy par la charge maximale MEDICARE comme font Perloff et alii 95. La comparaison est avant / après, en fait, trois mois avant / trois mois après. Seul l'effet de court terme est estimé car l'effet des hausses de tarif s'estompe assez vite (inflation des charges sur le marché libre).

Les sous populations distinguées sont les suivantes :

- femmes enceintes
- enfants nouvellement assurés
- adultes nouvellement assurés (à l'exception des femmes enceintes)
- enfants assurés depuis longtemps
- adultes assurés depuis longtemps (à l'exception des femmes enceintes)

Les handicapés et bénéficiaires du SSI sont exclus de l'analyse. Les sous populations sont découpées pour tenir compte du fait que les médecins peuvent réagir différemment sur l'accueil de nouveaux patients et le service qu'ils procurent aux déjà connus, ainsi que pour tenir compte du fait que les tarifs des soins aux enfants et surveillance de grossesse ont évolué différemment des autres. Enfin, le fait de séparer l'analyse par sous populations permet de contrôler d'éventuels effets de structure (démographique de la population couverte).

La variable d'intérêt est le nombre de visites ambulatoires du patient sur un mois, ce qui suppose que les demandes de remboursement sont agrégées quand elles se rapportent en fait à la même visite (tests par exemple). L'estimation consiste à comparer le nombre moyen de visites dans chacune des 5 sous populations, trois mois avant et après un changement de tarif.

Le résultat principal est qu'on n'observe aucun effet du prix relatif sur l'accès : ni sur la participation, ni sur le volume de recours, ni sur la structure, et ce pour aucune population. L'argent alloué à augmenter les tarifs est-il perdu pour autant ? Pas nécessairement, car il a pu éviter une dégradation. En outre, l'étude ne mesure que l'accès primaire, et les hausses de tarif ont pu avoir un impact sur la qualité du service apporté aux bénéficiaires.

L'étude est-elle généralisable ? Deux *caveats* importants : tout d'abord, les variations observées sont limitées (en analyse transversale, on trouve des variations de 500% d'une zone à l'autre, ici le choc maximal est de 50%), ensuite, l'environnement change autour de MEDICAID. Si, autrefois, les médecins pouvaient absorber le manque à gagner sur MEDICAID en défaussant les coûts sur les payeurs privés (tout en conservant une population MEDICAID pour assurer un revenu minimum), l'émergence du *Managed Care* chez ces derniers leur laisse moins de latitude.

### 2.3. L'approche par les résultats cliniques

Au début des années 70, Victor Fuchs a tenté de rendre compte des différences de santé entre deux sociétés (*A tale of Two States*, Fuchs, 1998) : le Nevada et l'Utah sont deux états voisins, de niveau de revenu et de dépense de soins comparables (dans les années 60). Pourtant, l'état le plus riche, le Nevada, est aussi celui où l'on meurt le plus jeune : la mortalité infantile y était supérieure de 40% à celle de son voisin dans les années 60, et la mortalité des femmes de 40 à 49 ans était supérieure de 70%. Outre le revenu, les deux états sont similaires en ce qui concerne l'éducation, le densité d'offre de soins par habitant, le climat et l'urbanisation. Les différences entre les deux sociétés relèvent des comportements : plus de stabilité résidentielle, plus de couples et moins d'alcool et de tabac en Utah.

Plus récemment, une étude comparative sur 10 pays (les USA contre 9 pays européens) relève de cette approche « historique » (Williams et Miller, 1992). L'étude porte sur les soins préventifs (vaccinations et examens de santé) aux enfants. Elle part du constat que la mortalité des moins de 19 ans est supérieure aux USA à celle de beaucoup de pays européens ; les auteurs remontent alors aux causes de décès, qui sont à la fois sociales (homicides, négligences) et médicales (moins de vaccinations). Comme les enfants n'expriment pas directement leur demande de soins, notamment préventif, le matériel réuni pour expliquer les performances meilleures des pays européens est issu d'un questionnaire adressé à des experts nationaux. L'idée est de recueillir de l'information sur 9 pays à performances meilleures que les USA sur l'organisation du système de soins préventifs aux enfants, en donnant un sens très large à cette notion : y sont inclus non seulement les dispositifs sanitaires, mais aussi les réglementations sur le suivi (*tracking*) des nourrissons dès la naissance par un système administrativo-médical, l'âge légal d'entrée à l'école, les aides financières aux familles etc.



### 3. Conclusion sur les méthodes de mesure de l'accès aux soins :

---

Il existe trois méthodes générales de mesure de l'accès aux soins :

- l'approche par les résultats médicaux, qui impute toute morbidité ou mortalité évitable au système de soins et cherche à remonter du constat d'un résultat clinique non satisfaisant à un facteur organisationnel dans le système de soins ; cette approche n'a pas reçu, à notre connaissance, de corpus de recommandations et semble en phase d'élaboration. Les problèmes de méthode sont ceux de la recherche historique : il faut d'abord tracer un chemin causal (un scénario) cohérent avec les données (cohérence externe) et la logique (cohérence interne) ; il faut ensuite réunir des indices suggérant que ce scénario est le plus probable parmi tous les possibles. Comme une telle recherche est très dépendante du contexte, on se propose de traiter de l'approche IOM dans le cas français dans la partie ci-dessous (analyse de la littérature et des données possibles) et non *in abstracto* ou à partir d'exemples américains ;
- l'approche par le refus de soins, qui mesure l'accès à partir de l'offre et de normes de recours établies à dire d'experts. Deux grandes options méthodologiques se dégagent : des enquêtes directes auprès des médecins sur leurs pratiques de sélection, approche qui paraît peut applicable au cas de la France ; des estimations directes de l'accessibilité à partir de la densité de l'offre, le plus souvent pour une zone géographique donnée ; ces estimations directes sont affectées d'un biais systématique d'hétérogénéité (l'offre étant conditionnée par la propension locale à recourir), aussi la méthode préconisée consiste à évaluer des chocs exogènes, sur une même zone géographique. On mesure la réponse de l'offre, en volume d'actes, à une modification des rémunérations des médecins pour des prises en charge spécifiques ;
- l'approche comportementaliste classique, qui mesure les obstacles aux soins à partir de constats de différences de recours à besoin identique. Cette approche fait l'objet de la méthodologie la plus élaborée, combinant enquêtes en population générale et analyse économétrique.

Les problèmes méthodologiques soulevés sont classiques :

comment mesurer l'impact propre d'un obstacle, sachant que les individus sont classiquement confrontés à plusieurs obstacles simultanément ? La recommandation est que l'enquête sur laquelle on travaille relève le plus possible d'obstacles éventuels aux soins, y compris les obstacles culturels comme la langue ou la distance culturelle ;

comment s'assurer que les différences de recours sont dues à des obstacles (exogènes aux individus) et non à des facteurs de confusion reflétant des différences (endogènes aux individus) dans la propension à consommer des soins ? Les enquêtes sont en général assez riches en ce qui concerne le descriptif socio-économique et prennent donc bien en compte ces facteurs culturels de confusion ; en revanche, les facteurs d'hétérogénéité individuelle sont plus difficiles à prendre en compte, si ce n'est par des enquêtes de panel ;

outre ces problèmes classiques, la mesure de l'accès par les enquêtes pose un problème particulier d'imprécision dans la description de l'offre de soins ou de l'interaction entre le patient et le système de soins (temps d'attente, par exemple). Trois solutions sont préconisées :

doubler l'enquête par des données administratives décrivant le fonctionnement du système de soins et les interactions ;

choisir quelques diagnostics traçeurs sur lesquels existent des données décrivant l'offre et la qualité objective des soins ;

utiliser des enquêtes « opportunistes », issues d'observations de changements de politiques d'aide à l'accès aux soins. Au cours de telles phases d'observation, le contexte et les pratiques sont en effet connues par l'observateur sans avoir à recourir à l'enquêté ;

Ce dernier choix, sans doute le plus efficace du point de vue méthodologique pose cependant un double problème de généralisation : généralisation du site de l'expérience à la population générale d'une part, généralisation du dispositif spécifique à une politique générale utilisant plusieurs dispositifs d'autre part. Pour résoudre ce dilemme entre précision et généralisation, la fondation Robert Wood Johnson a mis sur pied un système d'enquêtes qu'on peut qualifier de méso, combinant approches monographique et quantitative. Les caractéristiques de plusieurs systèmes locaux sont connues par des monographies de sites, sites pour lesquels on dispose par ailleurs d'enquêtes auprès des ménages, des médecins, des employeurs, voire, dans un futur proche, des assureurs. L'observateur est alors en mesure de rapporter les différences de recours à des variables fiables et précises de description des systèmes d'offre, et peut donc inférer et généraliser sur l'impact de telle ou telle structure d'organisation de l'offre de soins ou de la prise en charge financière sur l'accès aux soins. Dans le contexte français, il n'existe aucune enquête ainsi conçue dès l'origine comme une combinaison de monographies et d'enquêtes statistiques ; on peut néanmoins chercher à faire du « méso » *ex post*, en combinant, pour des zones géographiques données et des périodes communes, approches monographiques sur les politiques mises en place (monographies décrites et colligées par le LAPSS dans le présent travail), et approches quantitatives par enquêtes.

## Bibliographie

---

- Bashshur, R. L., R. K. Homan, and D. G. Smith**, 1994, « Beyond the Uninsured : Problems in Access to Care », *Medical Care*, 32(5) : 409-19
- Carr-Hill, R., M. Place and J. Posnett**, 1997, "Access and the utilization of health services", in Ferguson, B., T. Sheldon and J. Posnett, *Concentration and choice in health care*, The Royal Society of Medicine Press,
- Cunningham, Denk et Sinclair**, 2001, "Do Consumers Know How Their Health Plan Works?", *Health Affairs*, 20(2), 159-66
- Currie, J.** 2000 Child Health in Developed Countries, in A. Culyer and J. P. Newhouse eds. *Handbook of Health Economics*, 1054-1090
- Currie, J. and D. Thomas**, 1995, "Medical care for children: public insurance, private insurance and racial differences in utilization", *Journal of Human Resources* 30(Winter):135-162
- Dourgnon, P., M. Grignon et F. Jusot**, 2001, « L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? », *Questions d'économie de la santé* 43, CREDES
- Eden, J.** 1998 « Measuring Access to Care Through Population-Based Surveys : Where Are We Now ? », *Health Services Research*, 33(3 Part II), 685-707
- Frank, R. G., C. S. Dewa; E. Holt, N. Hughart, D. Strobino and B. Guyer**, 1995, "The demand for childhood immunizations: Results from the Baltimore immunization study", *Inquiry* 32:164-73
- Gadomski, A. and P. Jenkins**, 2001, « Ruptured Appendicitis Among Children as Indicator of Access to Care », *Health Services Research*,
- Gold, M. R.**, 1998, « Synopsis and Priorities for Future Efforts », *Health Services Research*, 33(3) Part II, 611-21
- Gold, M. R.**, 1998, « Beyond Coverage and Supply : Measuring Access to Healthcare in Today's Market », *Health Services Research*, 33(3 part 2) : 625-52
- Hsieh, C-R., L-L. Yen, J-T. Liu, and C. J. Lin**, 1996, "Smoking, health knowledge, and anti-smoking campaigns: An empirical study in Taiwan", *Journal of Health Economics*, 15:87-104
- Kasper, J. D.** 1998 « Asking About Access : Challenges for Surveys in a Changing Healthcare Environment », *Health Services Research*, 33(3 - part II), 715-40
- Kemper, P., D. Blumenthal, J. M. Corrigan, P. J. Cunningham, S. M. Felt, J. M. Grossman, L. T. Kohn, C. E. Metcalf, R. F. St Peter, R. C. Strouse and P. B. Ginsburg**, 1996, "The Design of the Community Tracking Study: A Longitudinal Study of Health System Change and Its Effects on People", *Inquiry*, 33:195-206
- Khanden, R.K., Simoni-Wastila, L. J.**, 1998, «Differences in prescription drug utilization and expenditures between Blacks and Whites in the Georgia Medicaid population» *Inquiry* 35, spring 1998
- Lillard, L., W. Manning, C. Peterson, N. Lurie, G. Goldberg and C. Phelps**, 1986, *Preventive Medical Care: Standards, Usage, and Efficacy*, Rand Corporation, Santa Monica, cité par Kenkel, D. S., 2000, "Prevention", in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, 1675-1720
- Lucas-Gabrielli, V., N. Nabet et F. Tonnellier**, 2001, *Les soins de proximité : une exception française ?*, CREDES, 1354

- Lucas-Gabrielli, V., F. Tonnelier**, 1995, « Distances réelles d'accès et attraction », *IVème Colloque géographie et socio-économie de la santé*, 25, 26, 27 janvier 1995, CREDES
- Lurie, N.**, 1997, « Studying Access to Care in Managed Care Environments », *Health Services Research*, 32(5), 691-701
- Millman, M.**, 1993 *Access to Health Care in America*, Institute of Medicine, Committee on Monitoring Access to Personal Health Services, Washington DC National Academy Press
- Perloff, J.D., P. Kletke, and J. W. Fossett**, 1995, « Which Physicians Limit Their Medicaid Participation, and Why », *Health Services Research*, 30 :1 Part I, 7-26
- Piette, J. D. and R. H. Moos**, 1996, "The Influence of Distance on Ambulatory Care Use, Death, and Readmission Following a Myocardial Infarction", *Health Services Research* 31(5): 573-91
- Saha, S., TAGGART, S.H., Komaromy, M., Bindman A.B.**, 2000, «Do patients choose physicians of their own race ? » *Health Affairs* 19 (4) July/August 2000
- Schoenman, J. A., W. N. Evans, and C. L. Schur**, 1997, « Primary Care Case Management for Medicaid Recipients : Evaluation of the Maryland Access to Care Program », *Inquiry* 34 : 155-70
- Short, P. F. and T. J. Lair**, 1994, « Health Insurance and Health Status : Implications for Financing Health Care Reform », *Inquiry*, 31(4) : 425-37
- Starfield**, 1992, *Primary Care : Concept, Evaluation, and Policy*, Oxford UP
- Tilford, J. M., J. M. Robbins, S. J. Shema, and F. L. Farmer**, 1999, « Response to Health Insurance by Previously Uninsured Rural Children », *Health Services Research*, 34(3), 761-75
- Toon, P.**, 1994, "Inverse care in the inner city – the targeting of GP health promotion resources", in Jane Griffin, editor, *Health Information and the Consumer*, Office of Health Economics, 8-15
- Wagstaff, A. and E. van Doorslaer**, 2000, "Equity in Health Care Finance and Delivery", in Culyer, A. J. and J. P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, 1803-1862
- White-Means, S. I.**, 1995, « Conceptualizing race in economic models of medical utilization : a case study of community-based elders and the emergency room », *Health Services Research* 30, April 1995
- Williams et Miller**, 1992, « Preventive health care for young children : findings from a 10-country study and directions for United States Policy », *Pediatrics* 89(5):S983-998

## Annexe : les principales enquêtes US sur l'accès aux soins

---

Les principales sources publiques sont le **National Health Interview Survey** (NHIS) (avec une extension sur l'accès), le **Medical Expenditure Panel Survey** (MEPS, une enquête ménages plus une enquête employeurs sur les plans des ménages interrogés, pour recouper et compléter l'information à partir des deux sources), le **Medicare Current Beneficiaries Survey** (MCBS, seule source fiable sur les handicapés et les très vieux) ; MEPS et MCBS sont des panels tournants ; en 1996, deux analyses locales particulières ont été ajoutées au MCBS, en Californie et en Floride :

- **Medicare Managed Care Access Survey** (MMCAS), sponsorisé par le Physician Payment Review Commission (PPRC), pour évaluer l'accès aux plans managed care dans Medicare, 3000 enquêtés. Quatre grands thèmes ont été retenus pour MMCAS, la première expérience de soin après l'adhésion au plan, le processus d'obtention des rendez vous et l'expérience liée à la dernière séance avec un médecin, les renoncements et les aspects subjectifs, les soins de routine pour les maladies chroniques.
- **Consumer Assessment of Health Plans Study** (CAHPS), lancé par Agency for Health Care Policy and Research, pour développer des questionnaires standardisés sur les plans.

### Les sources « privées » :

Le **Community Tracking Study** (CTSHS) fait partie d'une vaste enquête longitudinale financée par la Robert Wood Johnson Foundation et analysée par le Center for Studying Health System Change (CSHSC), visant à suivre les changements dans le système de soins et les conséquences de ces changements sur la population. Cette enquête est décrite dans Kemper, et alii, 1996.

Le système suit dans le temps 12 communautés (sites) tirées au hasard<sup>11</sup>, sur le modèle du suivi individuel de la cohorte de Framingham. Le premier objectif de l'étude est de suivre les changements de l'organisation des soins en étudiant en profondeur quelques communautés, le deuxième de mesurer l'impact sanitaire au sens large (couverture de la population, accès aux soins, recours, qualité des soins, état de santé), enfin, l'objectif final est de mesurer l'impact de l'organisation sur les résultats.

Description des communautés : deux séries de monographies, en 1996 et 1998. La monographie repose sur des entretiens approfondis avec des acteurs clés du système (assureurs, hôpitaux, organisations de médecins, directeurs de plans de santé).

Description quantitative : sur chacun des 60 sites, une EPG, une enquête auprès des médecins, des analyses des séjours hospitaliers, et une enquête auprès des employeurs.

Sur chacun des 12 sites privilégiés, l'enquête concerne 1 225 ménages (on peut détecter une différence de 0.05 pour une proportion de 50% avec une puissance de 70%), 450 médecins et 450 employeurs. Un test est effectué pour savoir si une enquête auprès des assureurs est possible. Sur les autres sites, 375 ménages, 125 médecins, et 85 employeurs.

L'enquête médecins permet de mesurer les difficultés des médecins à obtenir des soins de second recours (adressages), de savoir s'ils refusent des patients MEDICAID, de mesurer les consultations non payantes qu'ils délivrent et d'obtenir leur avis sur leur capacité à délivrer des soins de qualité compte tenu de leur environnement. L'enquête médecins est aussi utilisée pour corriger les effets des pratiques locales : des vignettes (cas cliniques) sont présentées aux médecins, qui doivent alors prescrire et adresser, hors de tout contexte de paiement. Les généralistes sont sur-représentés (probabilité 2,5).

---

<sup>11</sup> Boston, Cleveland, Greenville (Caroline du Sud), Indianapolis, Lansing (la ville de « Roger et moi », ce film inoubliable), Little Rock (Clinton's Place), Miami, Newark (New Jersey), Orange County (California, ceux qui ont tout misé sur des hedge funds pour les finances locales), Phoenix, Seattle, et Syracuse.

L'enquête « employeurs » sert à connaître le montant des primes, ainsi que la part « salarié » et l'offre de plans aux salariés. Les employeurs sont tirés à part, ils ne sont pas ceux des individus de l'enquête ménages.

L'analyse des fichiers de séjours hospitaliers est utilisée dans un optique IOM, pour traquer des problèmes d'accès aux soins ambulatoires (par exemple, le taux d'admission pour des problèmes respiratoires liés à l'asthme est considéré comme un indicateur de difficultés à obtenir des soins primaires pour les asthmatiques). Pour contrôler la VPM, les admissions hospitalières pour certains diagnostics traceurs (dont on sait qu'ils présentent des variations géographiques non expliquées) sont relevées. Les données hospitalières sont aussi utilisées pour contrôler la qualité des soins : taux de mortalité foetale, problèmes de santé à la naissance, taux de complications post-opératoires. Dans la plupart des états, il existe un fichier standard des séjours, reprenant les diagnostics, les procédures, le statut à l'entrée et à la sortie, l'âge, le sexe et l'adresse du patient. Ces fichiers sont cependant difficiles à obtenir.

Sur les 60 sites, des informations quantitatives standardisées sont relevées : structure de la population, nombre et types des hôpitaux, coûts des programmes sociaux de santé, taux de pénétration des HMO. A partir des enquêtes, des données « sites » seront aussi disponibles (répartition des ménages selon le type de couverture, part du revenu des médecins en capitation, via les enquêtes médecins etc.)

Enquête ménages : à ce sondage stratifié sur 60 marchés de soins médicaux a été ajouté un sondage aléatoire national (représentant 10% de l'échantillon stratifié, pour accroître la précision des estimateurs nationaux : un sondage stratifié sur 60 zones de 35 000 personnes équivaut à une enquête non stratifiée de 2 800 seulement ; en ajoutant 3 500, on arrive à une puissance totale de 6 300). Les enquêtes ménage sont menées par téléphone, et 4% environ des ménages des 12 sites privilégiés ont été enquêtés en face à face parce qu'ils n'avaient pas le téléphone. Dans chaque logement, on découpe des « familles » (Family Insurance Units (FIU), qui seraient les entités couvertes typiquement par un contrat d'assurance) et on interroge les familles. Un informant principal répond pour tous les adultes de sa FIU et un enfant tiré au hasard, en ce qui concerne la couverture maladie, le recours aux soins, les caractéristiques démographiques et d'occupation. Chaque adulte de la FIU remplit un questionnaire personnel sur l'accès aux soins et la satisfaction, ainsi que sur l'état de santé ; l'informant répond pour les enfants.

Effectif : 37 000 FIU et 60 000 individus. Taux de réponse = 65% - les effectifs concernés par l'assurance privée sont de 40 000 individus ; 4 000 cas complexes sont éliminés (multi-assurance, ou bien ayant droits d'une personne n'habitant pas le ménage).

L'enquête ménages est un panel tournant avec un taux de rotation de 55% environ.

Le **National Survey of America's Families** (NSAF), développé par le Urban Institute, et dont l'objectif est de mesurer l'impact des changements de politique sociale sur les conditions de vie et le bien être des ménages, particulièrement des plus pauvres (revenu inférieur à 2 fois la ligne de pauvreté) ;

Le **Survey of Family Health Experiences** (SFHE), mené par la Kaiser Family Foundation, vise à mesurer les évolutions dans le temps des problèmes d'accès aux soins des ménages, particulièrement des plus vulnérables.

L'enquête **Getting Behind the Numbers**, décrite dans le texte est aussi menée par KFF.

Approche des sous populations :

MEPS : adultes handicapés, enfants avec limitations, individus pour lesquels on peut prévoir des dépenses importantes ou des revenus faibles

MCBS : handicapés de moins de 65 ans et plus de 85 ans

NHIS : Noirs et Latinos

## **Approches statistiques de l'accès aux soins (et à la prévention) et des dispositifs d'amélioration.**

### **Deuxième partie : éléments de la littérature publiée en France et données disponibles.**

---

Ayant pour objectif principal de repérer l'ensemble des sources de connaissance et d'information disponibles sur les dispositifs visant à l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention, nous présentons ici des éléments de la littérature publiée relatifs à des études statistiques représentatives ou en population générale, qui ont cherché à évaluer de tels dispositifs. Les éléments d'information disponibles ont été recensés à l'aide d'une recherche bibliographique, effectuée à la fois sur le fonds documentaire du CREDES et sur la Base de Données en Santé Publique (BDSP). Trois séries de mots-clés ont été utilisés lors de la recherche bibliographique :

- (PREVENTION\* OU PROMOTION SANTE OU EDUCATION SANTE) ET (ACCES\* OU RESULTAT OU ENQUETE\* OU DONNEE STATISTIQUE) ET (FRANCE\* OU DEPARTEMENT OU ETUDE REGIONALE),
- (PROGRAMME SANTE OU PROGRAMME LOCAL SANTE OU PRAPS) ET (FRANCE\* OU DEPARTEMENT OU ETUDE REGIONALE),
- (ACCES SOINS OU INEGALITE DEVANT SOINS) ET (FRANCE\* OU DEPARTEMENT OU ETUDE REGIONALE).

Cette recherche a permis de recenser environ 250 références. D'après les résumés et la liste de mots-clés disponibles pour référence, un premier dépouillement a permis de les classer selon leur degré de pertinence. Nous avons ainsi identifié :

- 60 documents traitant d'enquêtes ou d'évaluations quantitatives,
- 60 documents à caractère quantitatif également, mais pas directement liés à l'accès aux soins ni à la prévention,
- 50 documents à caractère qualitatif,
- 10 documents susceptibles de fournir d'autres références bibliographiques,
- 80 documents hors sujet.

Les soixante premiers documents ont fait l'objet d'une lecture attentive, et les soixante suivants ont été rapidement examinés. Ce repérage a été guidé par deux objectifs principaux. Nous avons tout d'abord cherché à identifier les études économétriques déjà réalisées, et à apprécier le degré de crédibilité scientifique des résultats produits. Ces études se révélant peu nombreuses, nous avons, dans un second temps, essayé de déterminer le degré d'utilisation potentielle des enquêtes statistiques disponibles, c'est-à-dire de repérer les sources de données disponibles pour la mise en œuvre de méthodes économétriques.

Idéalement, l'évaluation d'un dispositif de prévention ou d'amélioration de l'accès aux soins prend la forme d'une expérience naturelle : on compare l'évolution d'une population ayant bénéficié d'un programme et celle d'une population n'en ayant pas bénéficié, puis on analyse l'influence du dispositif sur le recours aux soins ou sur l'état de santé, au niveau individuel. Les études de type « avant-après », et les études « cas-témoins » utilisées en épidémiologie permettent de mettre en œuvre une telle comparaison et sont effectivement mises en œuvre dans quelques-uns des documents que nous avons répertoriés et que nous présentons dans une première partie. En revanche, l'exploitation économétrique visant à expliquer une amélioration de l'état de santé ou du recours aux soins par la parti

icipation au dispositif et des variables socio-démographiques est rarement développée dans les documents que nous avons examinés. Il est donc impossible de contrôler certains biais, notamment les effets de sélection liés au fait que l'inscription dans le programme n'est pas toujours réalisée au hasard.

Nous avons choisi de mettre en avant, dans une première partie, cinq études analysant des dispositifs précis, ayant adopté une démarche d'évaluation approfondie et correspondant à différentes approches statistiques de l'accès aux soins et à la prévention.

Parmi les autres études portant sur un dispositif précis de prévention ou d'amélioration de l'accès aux soins, la mesure de l'impact du dispositif prend le plus souvent la forme d'une analyse descriptive, présentant des taux de participation, et caractérisant les populations bénéficiaires du dispositif. Même s'il s'agit là d'une analyse moins rigoureuse de l'impact du dispositif sur l'amélioration de l'accès aux soins, nous avons sélectionné une vingtaine de références, que nous présentons dans une deuxième partie, selon le dispositif de prévention abordé, ou selon le type de population ciblée par le dispositif. Chacune des références présentée à fait l'objet d'un fiche de lecture qui est présentée en annexe.

Enfin, nous analysons dans une troisième partie les sources de données disponibles et les enquêtes potentiellement exploitables à des fins d'évaluation de campagnes et dispositifs : l'objet de cette analyse est de relever les données pertinentes et de suggérer des modes d'exploitation susceptibles d'apporter de l'information sur l'ampleur des obstacles aux soins ou à la prévention en France, voire si possible, à leur comparaison d'une zone géographique à une autre, ou à la mesure de leur évolution dans les années 90.



## **4. Cinq évaluations de dispositifs spécifiques issues de la littérature « publiée »**

---

Parmi les références examinées, cinq documents correspondant à une réelle démarche d'évaluation d'un dispositif précis de prévention ou d'amélioration d'accès aux soins ont été retenus. De par la diversité des données utilisées et des méthodologies adoptées, chacune de ces cinq études correspond à une approche statistique différente. En faisant référence aux différentes conceptions de l'accès aux soins évoquées précédemment, elles mettent distinctement en application le modèle Andersen-Aday, l'approche comportementaliste, l'approche de l'Institute of Medicine, une analyse de type « cas-témoin », et une analyse de type « avant-après ».

### **4.1. Une application du modèle Andersen-Aday : la carte-santé en Haute-Vienne**

Le dispositif de carte santé a été mis en œuvre dès 1990 par les Conseils Généraux de certains départements ; son objectif est d'améliorer l'accès aux soins en supprimant les obstacles financiers rencontrés par les plus démunis : il permet la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques ainsi que du forfait hospitalier. Cette étude, menée en Haute-Vienne, ne s'intéresse qu'aux bénéficiaires de la carte santé depuis au moins un an, et l'ayant obtenue au titre du RMI. Suite à un échantillonnage effectué par le conseil général, 150 personnes ont été enquêtées en face-à-face au cours de l'année 1995.

Les auteurs du questionnaire se sont directement inspirés du modèle d'accessibilité aux soins d'Andersen : parmi les variables explicatives du recours aux soins figurent des variables socio-démographiques, la perception de l'état de santé mentale et physique, le nombre de jours d'alitement, le nombre de jours où le répondant n'a pas pu réaliser les tâches quotidiennes, la quantité et la qualité du réseau social perçue. Les deux variables dépendantes retenues sont le nombre de recours aux soins initiés par le bénéficiaire sur les trois derniers mois et sur l'année précédent l'enquête.

Parmi les 150 allocataires sélectionnés, seuls 73 ont effectivement répondu au questionnaire. 55 % d'entre eux déclarent avoir eu recours aux soins durant les trois derniers mois, et 80% sur l'année précédent l'enquête.

Le nombre médian de recours est respectivement à égal 1 sur la première période, 2 sur la deuxième.

Après une analyse descriptive des répondants selon les différentes variables explicatives, les auteurs ont procédé à une analyse de variance à un facteur sur les deux variables dépendantes. Cette analyse permet de sélectionner les variables ayant une influence significative sur le recours aux soins et qui sont ensuite introduites dans des régressions logistiques. Il résulte de ces régressions que le recours initié à 3 mois est déterminé par un âge de sortie élevé de l'école, une mauvaise santé physique perçue, un lieu d'habitat urbain, l'existence de jours d'alitement. Le modèle expliquant le recours initié à 1 an ne retient que l'âge de sortie de l'école et l'existence de jours d'incapacité.

Bien que cette étude ne permette pas une évaluation directe du dispositif de carte santé, la méthodologie mise en œuvre repose explicitement sur le modèle d'Andersen. Les résultats obtenus et leur interprétation étant très limités du fait du nombre restreint de répondants, les auteurs suggèrent de mener des travaux plus vastes, permettant de comparer différents sous-groupes de la population française, à l'aide d'indicateurs communs. Afin de comparer le comportement de la population interrogée et celle d'une population n'ayant pas bénéficié du dispositif d'amélioration de l'accès aux soins, il serait intéressant de compléter ces données en enquêtant par exemple des allocataires du RMI ne bénéficiant pas de la carte santé, à l'aide du même questionnaire. Cela pourrait donner matière à une

exploitation économétrique visant à expliquer le recours aux soins par le fait de bénéficier ou non de la carte santé, ainsi que par des facteurs socio-économiques, des indicateurs du besoin de santé évalué et perçu..

Source : VERGNENEGRE A., BURBAUD F., SENE F., « Le recours initié aux soins dans une population en situation de précarité en France », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, avril-juin 1998

## **4.2. L'approche comportementaliste : programme de dépistage des cancers féminins**

Le *Baromètre santé*, enquête périodique multithématique du CFES, tente de mieux connaître l'opinion, l'attitude et le comportement des Français en matière de santé. Une analyse sur le comportement des 7100 femmes de 18 à 75 ans, interrogées lors de l'enquête menée en 1999, permet d'évaluer l'impact des programmes de dépistage des cancers du sein et de l'utérus. Alors que l'étude sur le dispositif de carte santé mis en place en Haute-Vienne s'appuie sur les données d'une enquête réalisée spécifiquement auprès d'allocataires de la carte santé, cette étude illustre le potentiel d'exploitation des enquêtes en population générale.

Au delà de la proportion de femmes participant au dépistage, l'étude s'intéresse aux facteurs explicatifs de la réalisation d'un dépistage au cours des deux années précédant l'enquête. Le fait d'habiter dans un département où existait un dépistage organisé du cancer du sein avant 1998 est introduit dans un modèle de régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans. Outre ce facteur organisationnel, deux facteurs associés au recours régulier au système de santé (consultation d'un généraliste et d'un gynécologue), deux facteurs associés à des pratiques de dépistage en cancérologie (frottis du col et recherche de sang dans les elles), ainsi qu'un facteur de perception du risque (crainte du cancer) ont influence significative sur la décision de pratiquer le dépistage.

Les résultats descriptifs sont ainsi complétés par une analyse multivariée qui peut être apparentée aux travaux théoriques de l'approche comportementaliste : tester directement l'impact d'un dispositif d'amélioration de l'accès à la prévention sur le recours aux soins. Par ailleurs, créée en 1992, l'enquête Baromètre Santé a été conçue pour être répétée dans le temps. Une analyse de l'évolution du taux de participation et de ses facteurs explicatifs, au cours du temps, avec un nombre croissant de départements participant au dépistage, peut donc être envisagée.

Source : EISINGER F., GUAGLIARDO V., JULIEN-REYNIER C., MOATTI J.-P., « Dépistage des cancers », *Baromètre santé 2000, Résultats, Volume 2*, Vanves, CFES, 2001

### **Autres références :**

- BAUDIER F., C. DRESSEN, sous la direction de F. ALIAS, *Baromètre Santé 92*, Vanves, CFES, 1994
- BAUDIER F., C. DRESSEN, D. GRIZEAU, M.-P. JANVRIN, sous la direction de J. WARSZAWSKI, *Baromètre Santé 93-94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1995
- BAUDIER F., sous la direction de J. ARENES, *Baromètre Santé 95-96 adultes*, Vanves, CFES, 1997

### **4.3. Étude comportementaliste en « avant-après » : programme de prévention bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis**

Le Conseil général de Seine-Saint-Denis a mis en place en 1984 un programme de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire : le programme consistait en un examen obligatoire délivré dans le cadre scolaire en fin de primaire et assorti de recommandations personnalisées à l'enfant et à ses parents.

Les actions éducatives ont porté sur le fluor, l'hygiène alimentaire et bucco-dentaire, le recours aux soins précoces et réguliers.

L'évaluation de ce dispositif a consisté en une mesure de l'évolution de l'atteinte carieuse chez les enfants de 11 ans après 8 années de prévention collective. La méthode adoptée repose sur la mise en place d'une étude « avant-après » : deux enquêtes transversales ont été réalisées en 1984 et 1992 dans les écoles primaires du département, portant respectivement sur 1907 et 2771 enfants. Pour les deux enquêtes, seuls les enfants âgés de 11 ans ont été retenus. La méthode d'examen dentaire a été la même pour les deux enquêtes, et, afin de réduire la variabilité intra-examineurs, tous les enquêteurs chirurgiens dentistes ont reçu une formation. Deux indices cliniques d'atteinte carieuse ont été calculés à l'issue de l'examen de chaque enfant : le CAO/D qui est la somme des dents permanentes cariées, absentes pour causes de caries et obturées, et d'autre part l'indice « O international » qui mesure le pourcentage de dents soignées par rapport aux dents atteintes, permettant ainsi d'estimer un taux de soin.

L'évolution moyenne de l'indice carieux entre 1984 et 1992 a d'abord été calculée, puis l'existence d'un lien entre le CAO/D et certaines variables socio-démographiques a été étudiée. Les résultats montrent que le CAO/D moyen estimé en 1992 a été de 1,99 alors qu'il était de 3,38 en 1984. En 1992, 42% des enfants ne présentaient aucune carie alors qu'ils étaient seulement 18,8% en 1984.

En termes de recours aux soins, 24 % des enfants ont été totalement soignés en 1992 alors qu'ils n'étaient que 9,4% en 1984 ; les enfants sans soins ont représenté 73 % des enfants en 1984 et 64 % en 1992. La comparaison de l'état dentaire à 8 ans d'intervalle suivant les différentes variables socio-démographiques a notamment mis en évidence le fait que la hiérarchie dans l'atteinte carieuse selon la catégorie socio-professionnelle des parents s'est maintenue. C'est là une caractéristique fréquente des programmes de prévention ou de santé publique : le résultat moyen s'améliore, mais les mieux lotis initialement en profitent autant que les autres, ce qui est paradoxal pour un programme de « rattrapage ». On ne peut que soupçonner que d'autres effets que le seul programme ont joué sur l'évolution moyenne, mais, comme on va le voir ci-dessous, on ne dispose d'aucun moyen pour tester cette hypothèse.

Cette étude montre que la mise en place d'une politique de prévention en Seine-Saint-Denis, considéré comme un département socialement défavorisé, a contribué à améliorer la santé bucco-dentaire des jeunes générations. Toutefois, les auteurs soulignent que l'absence d'un groupe témoin d'enfants qui n'auraient pas suivi le programme ne permet pas de distinguer la part de l'évolution attribuable au programme de prévention et celle qui serait liée à « l'évolution spontanée de facteurs corrélés avec la santé dentaire ». Les données individuelles utilisées dans cette étude sont à la fois administratives et médicales : les variables socio-démographiques ont été obtenues à partir des fiches de renseignement individuelles des directeurs d'écoles, tandis que les indices cliniques ont été calculés à l'issue des examens effectués par les chirurgiens-dentistes. Il serait intéressant de compléter les résultats obtenus en essayant de modéliser l'état de santé bucco-dentaire, mesuré par les indicateurs d'atteinte carieuse, en incluant comme variable explicative la participation à la campagne de prévention. Bien que cela ne soit pas précisé il est probable que les données soient disponibles à la Direction de la Prévention et de l'Action Sociale du Conseil général de Seine-Saint-Denis.

Source : DARGENT-PARE C., WOLIKOW, M. BRAFMAN J., LETRAIT S., BOISSONNAT V., ESPIE J.-P., « Prévalence de la carie dentaire chez l'enfant avant et après un programme de prévention en Seine Saint Denis » Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, vol. 47, mars 1999, n°1, pp. 19-28

#### **4.4. Étude comportementaliste en « cas-témoins » : la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique dans les centres d'examen de santé**

L'utilisation de substituts nicotiques dans le sevrage tabagique n'est pas accessible à tous du fait de deux obstacles majeurs : le coût du traitement et la nécessité du suivi médicalisé. L'étude, réalisée entre octobre 1999 et mars 2000, vise à évaluer l'efficacité d'une mesure de prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans des centres d'examen de santé (CES), en la comparant à une simple incitation à l'arrêt du tabac.

Les consultants de CES âgés de 16 à 50 inclus, fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour, en situation de précarité sociale et bénéficiant d'un examen périodique de santé, constituent la population cible de cette étude. La méthode adoptée repose sur la mise en place d'une étude « cas-témoins » : les CES participants ont été répartis en deux groupes par tirage au sort après stratification sur le taux de fréquentation. Ainsi, les 22 CES du groupe « intervention » ont proposé une prise en charge gratuite du sevrage par substituts nicotiques aux personnes désireuses d'arrêter de fumer, alors que les 25 CES du groupe « témoin » ont seulement procédé à une incitation au sevrage. L'information a été recueillie à l'aide de deux questionnaires. Un questionnaire initial évoquant notamment le degré de dépendance vis-à-vis du tabac et le degré de motivation pour arrêter de fumer, est renseigné par le consultant lors de l'examen de santé ; un second questionnaire est envoyé au domicile des patients 6 mois après la consultation pour connaître le devenir de leur démarche.

Dans les CES du groupe « intervention », 38 % des fumeurs incluables ont accepté la démarche de sevrage ; l'échantillon « intervention » est donc constitué uniquement de ces 38% de participants dans les CES tirés au hasard. Dans les CES du groupe « témoin » 45,9% ont accepté de participer à l'enquête.

L'étude révèle que la proportion de sujets ayant effectivement arrêté de fumer à 6 mois est 3 fois plus élevée dans le groupe « intervention », où elle s'élève à 29,9%, que dans le groupe « témoin ».

Cependant, le niveau de dépendance tabagique et la motivation au sevrage étaient initialement plus élevés chez les fumeurs du groupe « intervention » que chez ceux du groupe « témoin ». C'est pourquoi, afin de prendre en compte les différences entre les 2 groupes à l'égard du tabac, les auteurs ont effectué une analyse de régression logistique identifiant les facteurs explicatifs de la réussite du sevrage à 6 mois. Elle montre que le rapport des chances d'arrêt du tabagisme est 2,8 fois supérieure dans le groupe « intervention », comparé au groupe « témoin » toutes choses égales par ailleurs, et que le taux de réussite augmente avec l'âge, une forte motivation et une faible dépendance.

En outre, le message informatif délivré lors de l'examen de santé est perçu comme utile par les enquêtés pour la réussite du sevrage.

Si la mise à disposition de substituts nicotiques s'avère être un facteur de succès à six mois pour arrêter de fumer, au sein de fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour, et en situation de précarité sociale, elle l'est essentiellement lorsque cette mesure intervient au bon moment dans le parcours de sevrage du patient. Par ailleurs, cette étude à court terme ne permet pas de conclure à un sevrage tabagique définitif ni de déceler les facteurs pouvant prédisposer à une rechute ultérieure.

Au total les données individuelles déclaratives ont été recueillies auprès des 1585 fumeurs du groupe « intervention » et des 2597 fumeurs du groupe « témoin ». La méthodologie adoptée par le Centre

d'Appui de Formation des Centres d'Examen de Santé a permis de comparer une population ayant bénéficié d'un programme et celle d'une population n'en ayant pas bénéficié, et l'influence du dispositif de prise en charge gratuite du sevrage tabagique, sur l'état de santé, à travers l'arrêt de la consommation de tabac, a bien été analysée.

Source : KUNTZ C., SPYCKERELLE Y., GIORDANELLA J.-P., BAUDIER F., « Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001

#### **4.5. L'approche de l'Institute of Medicine : campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Martinique**

La Martinique organise un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus, depuis 1991, dans le cadre des actions du Fonds National de Prévention d'Education et d'Information de la CNAMTS. L'ensemble des femmes âgées de 20 à 65 ans a été divisé en trois tranches d'âge qui sont ciblées alternativement sur un cycle de trois ans afin de diversifier et d'adapter les stratégies de communication. Chaque année, les femmes sont invitées personnellement à réaliser gratuitement un frottis auprès du médecin gynécologue ou généraliste de leur choix. L'évaluation, réalisée par le Registre des Cancers, s'intéresse à l'impact de la campagne, mesuré à partir du taux de participation, à la qualité de réalisation du frottis, à la qualité de l'action menée, notamment par le suivi des frottis positifs, à l'efficacité des programmes, ainsi qu'à l'évaluation des coûts. Les données utilisées pour cette étude concernent deux cycles de campagne, 1991-93 et 1994-96.

Cette étude s'inscrit dans l'approche de l'Institute of Medicine puisqu'il s'agit non seulement de mesurer l'accès à des soins, mais surtout l'accès à la santé. L'évaluation du dispositif répond ici à un objectif d'efficacité, elle se base sur des résultats agrégés et non sur des données individuelles et se réfère à des normes européennes à la fois pour la pratique du dépistage et la prévalence des cancers. Les données médico-administratives utilisées dans cette étude proviennent du Registre des Cancers de Martinique et également des laboratoires d'anatomo-cyto-pathologies qui ont accepté de rendre accessible l'ensemble de leurs données médicales.

Lors de la première vague ce sont les femmes de 60-65 ans qui semblent avoir été le moins bien sensibilisées, puisque 49,2% d'entre elles ont effectué un dépistage. Le taux de couverture est le plus élevé pour les femmes de 30-34 ans, il atteint 75,5%. Toutefois ce taux reste inférieur au seuil préconisé par les recommandations européennes en matière d'assurance qualité du dépistage du cancer du col utérin. En ce qui concerne le choix du médecin, il apparaît que les frottis réalisés dans le cadre de la campagne le sont préférentiellement par les gynécologues jusqu'à 49 ans et par les médecins généralistes pour les femmes de 50 ans et plus. D'après les résultats cytologiques, la proportion de frottis pathologiques est supérieure à celle que l'on observe sur d'autres sites, elle s'élève en Martinique à 2,5%, en 1996, alors que dans l'Isère elle est de 1,2%. De 1991 à 1995, le dépistage a ainsi permis de diagnostiquer 163 cancers invasifs et 387 cancers *in situ* chez les femmes de 20 à 65 ans. Ce nombre est nettement supérieur à celui attendu en l'absence de dépistage.

Cette étude révèle que les effets du dépistage dans une population fortement à risque sont observables rapidement. Les auteurs soulignent le rôle prépondérant du Registre des Cancers dans l'évaluation. La connaissance des taux d'incidence, avant la mise en place de la campagne et dans la population non dépistée après sa mise en place, ainsi que de la prévalence, a permis de mesurer l'efficacité du dépistage à partir d'indicateurs précoces sans attendre l'évolution des taux de mortalité observables à plus long terme. La mise en place de deux circuits d'enregistrement distincts des dépistages organisés au sein de la campagne d'une part, et spontanés d'autre part, a permis d'isoler l'impact de la campagne sur le comportement des femmes ciblées. En outre, une analyse de la répar

titution géographique des frottis a été suivie de la mise en place d'actions spécifiques dans les communes ayant les taux de couverture les plus faibles.

Source : BRIOLLAIS L., FEYLER A., OSSONDO M., DORIVAL M.-J., LE MAB G., ESCARMANT P., AZALOUX H. « Dispositifs d'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus : réflexions à partir de l'expérience martiniquaise », Santé Publique, vol.12, Hors-Série, mai 2000

## **5. Panorama des dispositifs et types de populations mentionnés dans la littérature « publiée »**

---

Nous présentons ici de façon synthétique les études quantitatives que nous avons recensées mais pour lesquelles les données disponibles ou la méthodologie choisie ne répondent pas exactement à un objectif d'évaluation en termes d'efficacité, d'évolution de l'état de santé, ou de changement des comportements. Les documents ayant trait à des dispositifs de prévention ont été regroupés par domaine de campagne, alors que les études relatives aux dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins ont été assemblées selon le type de population ciblée.

### **5.1. Les dispositifs de prévention**

Les études quantitatives relatives aux dispositifs de prévention prennent souvent la forme d'un bilan de participation de la population ciblée, et parfois des établissements et des professionnels de santé impliqués dans la campagne de sensibilisation. Dans certains cas, elles s'intéressent également à la perception de la campagne, par la population ciblée. Certaines études disposent de données qui auraient pu être exploitées de manière plus approfondie, par la construction de modèles économétriques notamment.

#### **5.1.1. La prévention bucco-dentaire en milieu scolaire**

Le programme de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire, mis en place par le Conseil Général de Seine-Saint-Denis en 1984, a fait l'objet d'une évaluation du type « avant-après » que nous avons présentée plus haut. Un autre programme mis en place en 1985 dans ce même département vise plus particulièrement les crèches et centres de Prévention Maternelle et Infantile (PMI). Dans une perspective d'évaluation, une enquête qualitative a été réalisée en Seine-Saint-Denis entre novembre 1992 et mars 1993 auprès des professionnels de santé, des directeurs de crèches et des centres de PMI. En complément des résultats descriptifs sur la participation au dispositif, des informations qualitatives mettent en avant les problèmes rencontrés par les professionnels (ex : difficile orientation des parents par les personnels de PMI, du fait d'une mauvaise connaissance des structures de soins dentaires de la zone géographique).

En région Rhône-Alpes, un dispositif de prévention et de dépistage bucco-dentaire précoce pour les adolescents de 15 ans a donné lieu à une étude descriptive longitudinale : une cohorte d'adolescents ayant eu 15 ans au premier semestre 1999 et ayant participé à un examen de prévention a été constituée. Exploitant des données médicales, renseignées par les chirurgiens dentistes, les résultats présentés dressent un bilan médical de l'état bucco-dentaire des adolescents de 15 ans ayant participé au dispositif de prévention, et de l'accès aux soins ainsi généré. Toutefois, l'étude devait initialement être de type « cas-témoin », mais le groupe témoin n'a pas pu être constitué, ce qui limite l'aspect évaluatif de l'étude.

#### **Sources :**

- Conseil Général de la Seine Saint Denis, « Résultats des enquêtes qualitative et quantitative sur la prévention bucco-dentaire en PMI et crèches : 1992-1993. », 1993
- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, « Evaluation médicale de la prévention bucco-dentaire conventionnelle en Rhône-Alpes », 2001

### **5.1.2. Les programmes de dépistage de cancers destinés aux femmes**

Ces programmes ont fait l'objet d'un grand nombre d'études évaluatives, par zone géographique donnée, mais également à un niveau national au travers d'enquêtes en population générale. La particularité de ces études réside dans leur objectif d'évaluation de l'accès à la santé par l'utilisation de données médicales, provenant des laboratoires d'analyse ou, comme dans le cas de l'étude menée en Martinique présentée précédemment, d'un recueil épidémiologique : le registre des cancers.

Une étude relativement similaire a été menée par l'Institut Nationale de Veille Sanitaire (InVS), afin d'évaluer le programme national de dépistage systématique du cancer du sein, mis en place en 1994. Des données médico-administratives portant sur 28 départements ont été utilisées afin de calculer des indicateurs tels que le taux de participation, le taux de tests suspects, le taux global de détection de cancers prévalents ainsi que le pourcentage de cancers invasifs relevés en 1999. Bien que les données médico-administratives dont dispose l'InVS ne permettent pas de distinguer les dépistages spontanés du dépistage organisé, elles pourraient alors être réexploitées en adoptant la démarche adoptée par le Registre des Cancers de la Martinique : comparer les résultats observés à des référentiels, dans une perspective de mesure d'efficacité.

La même campagne de dépistage a été évaluée plus particulièrement dans le Bas-Rhin, à l'aide de données médicales, recueillies auprès des cabinets et laboratoires de cytopathologie. La méthodologie adoptée repose donc également sur une démarche d'évaluation de l'accès à la santé. Toutefois, comme dans l'étude de l'INVS les résultats observés pourraient être comparés à des référentiels.

Deux autres études se basent sur des enquêtes auprès des populations concernées (cible et professionnel) et non, comme les précédentes sur l'examen des registres. Elles se rapportent respectivement à un programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et colorectal destiné aux femmes de 50-69 ans en Isère, et à une campagne de dépistage du cancer du col utérin destiné aux femmes de 25 à 65 ans résidentes de 3 communes de la périphérie lyonnaise. Pour ces deux études, les données déclaratives ont été recueillies en 1996 auprès de la population ciblée et de professionnels de santé. L'analyse descriptive des questionnaires présentée dans chaque article s'intéresse à la fois au taux de participation et à la perception de la campagne. Le constat présenté ne suffit pas à évaluer l'impact de la campagne : l'évolution du taux de participation et du nombre de dépistages au cours du temps pourrait être modélisée de façon à déterminer l'influence de la campagne, en tenant compte d'un possible biais d'endogénéité (celles qui ont entendu parler de la campagne étaient plus disposées à procéder au dépistage).

Par ailleurs, il serait possible de compléter les résultats obtenus par une analyse « cas-témoin » en les comparant par exemple avec ceux d'une autre zone géographique, n'ayant pas bénéficié d'une telle campagne de dépistage.

Au niveau national, les études réalisées s'appuient sur des résultats d'enquêtes en population générale. Ainsi Flourey, 1994, exploite l'Enquête Santé, Soins Médicaux de 1991-92 en décrivant les caractéristiques socio-démographiques des femmes participant au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Ces données pourraient servir à la construction d'un modèle explicatif de la participation au dépistage. Comme nous l'avons vu précédemment, une telle méthodologie a été mis en œuvre dans le cadre de l'enquête en population générale *Baromètre Santé*.

#### **Sources :**

- BRIOLLAIS L., A. FEYLER, M. OSSONDO, J. DORIVAL et al., « Dispositifs d'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus : réflexions à partir de l'expérience martiniquaise. », Santé Publique, vol. 12, hors-série, mai 2000, pp.21-36
- ANCELLE-PARK R., J. NICOLAU, et al., « Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999 », BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°27/2001



- FENDER M., P. SCHAFFER, P. DELLENBACH, « Le dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Bas-Rhin. Bilan de quatre ans et demi de campagne EVE. », Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.11-20
- MIGNOTTE H. , M.-F. LE GOAZIOU, L. P. NACHURY, et al., « Le programme "action femme santé" dans trois communes de l'agglomération lyonnaise. », Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.45-58
- GARNIER A., C. EXBRAYAT, J. MARRON, P. WINCKEL, M. BOLLA, « Programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et colon-rectum destiné aux femmes de 50 à 69 ans en Isère. », Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.59-70
- FLOURY M. C., SESI, « Contraception orale, tabac et prévention. Les Français et leur santé : enquête 1991-1992. », SOLIDARITE SANTE - ETUDES STATISTIQUES, 1994/01-03 ; n° 1

### **5.1.3. La périnatalité**

En 1987, l'Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées a effectué un bilan des enquêtes réalisées sur la périnatalité dans la région. Le document publié présente quelques éléments sur l'activité en termes de Prévention Maternelle et Infantile (PMI) et sur l'activité des centres de planification familiale.

Une étude menée en Seine-Maritime étudie l'impact d'une campagne d'éducation sanitaire incitant les parents à ne plus coucher leurs nourrissons en position ventrale. L'approche « avant-après » qui a été adoptée a donné lieu à deux enquêtes locales menées en 1988 et en 1996. Le document publié ne présente que des résultats descriptifs et ne contient pas d'information ni sur le contenu de la campagne de sensibilisation ni sur la méthodologie d'enquête.

Au total, il ne semble pas aisé d'utiliser ces données pour évaluer les obstacles à l'accès aux soins ou à la prévention en matière de santé du nourrisson ou de la femme enceinte.

#### **Sources :**

- CAYLA F. REGNIER P., GRANDJEAN M., ORS de Midi-Pyrénées, « La périnatalité en Midi-Pyrénées. », 1995
- SENECALE J., M. ROUSSEY, M.-H. BOUVIER-COLLE, F. HATTON, C. PACLOT, « A propos de la mort subite du nourrisson. », POPULATION, vol. 53 : n° 4 : pp.841-846

### **5.1.4. Les campagnes de vaccination**

Un certain nombre des références répertoriées visant à l'évaluation de campagnes de vaccination ne présentent que des taux de participation, et parfois une évaluation du coût engendré par la campagne. A titre d'exemple nous avons choisi de ne mentionner qu'une étude de ce type : elle concerne la campagne de vaccination anti-grippe de 1992. L'exploitation de données administratives de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) se limite à une analyse descriptive de la participation de la population ciblée et les données ne semblent pas permettre une exploitation de type économétrique.

A partir des données déclaratives de l'enquête en population générale *Baromètre Santé* de 1992, une étude a cherché à définir les déterminants de la vaccination Rougeole-Oreillons Rubéole (ROR) chez les parents d'enfants de 1 à 2 ans. Il apparaît que plus les parents se disent bien informés sur les vaccins en général plus ils sont nombreux à faire vacciner leurs enfants spécifiquement par le vaccin ROR. En 2000, des comparaisons ont pu être faites avec les vagues barométriques réalisées en 1993, 1995 et 1999.

Il pourrait être intéressant de tester l'évolution dans le temps des coefficients structurels estimés, notamment de la relation entre degré de connaissance sur les vaccins et propension à faire vacciner les

enfants. Cependant, l'enquête n'interroge pas toujours les mêmes individus sur cette question (parfois enfants de 1 à 2 ans, parfois enfants de 1 à 6 ans).

#### Sources :

- Caisses Centrales de Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.), « Bilan de la campagne 1992 de la vaccination antigrippale », 1993
- GUAGLIARDO V., J. BARNIER, M. ROTILY, "Vaccination : opinions et pratiques », *Baromètre santé 2000, Résultats, Volume 2, 2001*
- BAUDIER F., C. DRESSEN, sous la dir. de F. ALIAS, *Baromètre Santé 92*, Vanves : CFES : 1994/01
- BAUDIER F., C. DRESSEN, D. GRIZEAU, M.-P. JANVRIN, sous la dir. de J. WARSZAWSKI, *Baromètre Santé 93-94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves : CFES : 1995
- BAUDIER F., sous la dir. de J. ARENES, *Baromètre Santé 95-96 adultes*, Vanves : CFES : 1997

#### **5.1.5. La prévention face au Sida**

L'Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France a réalisé en 1992 une enquête régionale sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens de 18 à 69 ans face au Sida. L'enquête s'appelle ACFS, « attitudes et croyances des Franciliens face au SIDA », sur le modèle des questionnaires KABP américains (*Knowledge, Attitudes, Behavior and Practices*). Elle vise notamment à mesurer l'impact des campagnes d'information mais les résultats présentés sont descriptifs uniquement. L'étude relate une opinion générale sur l'impact des campagnes d'information, elle reste dans le domaine de la « déclaration d'intention » et ne s'intéresse donc pas directement à l'impact des campagnes sur l'accès aux soins de prévention.

Un article de Ménard, 1996, s'intéresse à l'impact des campagnes publicitaires de l'été 1995 auprès des jeunes de 15 à 25 ans. Il présente les différentes campagnes et les résultats de différentes enquêtes dont quelques unes semblent avoir utilisé une approche « avant-après ». Toutefois, là encore, cette mesure de l'impact reste dans le domaine de la « déclaration d'intention » et ne s'intéresse donc pas directement à l'impact des campagnes sur l'accès aux soins de prévention. En outre, le document présenté reprend des résultats descriptifs et il paraît difficilement envisageable de réexploiter les données issues de sources variées : notamment des post-tests menés par l'IFOP à la suite des campagnes d'information à la demande du promoteur de la campagne, et les Enquêtes connaissances, attitudes, croyances et comportements de l'ORS.

Enfin, un ouvrage publié par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 1999, dresse une synthèse détaillée des données quantitatives de la période 1994-1999, reprenant à la fois des données épidémiologiques et des déclarations d'opinions. L'étude présente de façon distincte l'évolution du nombre de personnes séropositives, du nombre de tests de dépistage effectués, de la vente de seringues, d'une part, et la perception des campagnes d'information d'autre part. Il serait intéressant de mettre en relation ces différents éléments afin d'étudier la liaison entre les comportements observés et les campagnes, même si l'information n'est pas recueillie sur les mêmes individus.

#### Sources :

- GREMY I., « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au SIDA : résultats de l'enquête 1992. », ORS d'Ile-de-France, 1994
- LYDIE N., « Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999). », Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 1999
- MENARD C., « « La double contrainte » de la communication publique sur le SIDA : un enjeu réussi », *LA SANTE DE L'HOMME*, n°326, 1996

## **5.2. Les dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins**

Parmi les documents que nous avons recensés comme traitant d'évaluations quantitatives, au vu du résumé et des mots-clés, il s'est révélé qu'un grand nombre d'entre eux procèdent à un constat des inégalités d'état de santé et d'inégalités face à l'accès aux soins et de leur évolution au cours du temps. D'autres références se limitent à la description des populations bénéficiaires de dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins, les centres de soins gratuits par exemple. Ces éléments n'ont pas été retenus, nous précisons leurs références en annexe. Dans ce document nous nous sommes concentrés essentiellement sur l'impact de dispositifs précis.

### **5.2.1. Populations en situation de précarité sociale et financière**

Au début des années 1990, plusieurs départements ont instauré un dispositif de carte-santé afin de faciliter l'accès aux soins des bénéficiaires du RMI. On a déjà décrit l'étude de Vergnenègre, 1998, sur l'impact de ce dispositif sur les bénéficiaires du RMI dans le département de Haute-Vienne.

L'observatoire régional de santé du Limousin avait déjà réalisé en 1990 une étude sur cette population, en s'appuyant sur les fiches élaborées lors des examens de santé d'une part, et sur les données de remboursement d'autre part. Le document décrit la population étudiée d'un point de vue socio-économique et médical (pathologies rencontrées), et met en évidence l'augmentation de la consommation de soins, en taux de consommateurs, et en volume d'actes, entre 1989 et 1990. Toutefois, concernant les données médicales déclaratives, l'échantillon est très réduit et ne permet pas de réelle exploitation. Par contre l'analyse de type « avant-après » menée sur la consommation constitue une réelle démarche d'évaluation et aurait pu être complétée afin de tester la significativité de l'augmentation observée. Par ailleurs, aucun élément ne permet de contrôler l'évolution de la consommation de soins par l'état de santé.

Un travail similaire a été réalisé par le Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (1998) dans le département de l'Ain, où une carte santé jeunes a été créée spécifiquement pour les 16-25 ans. Les données recueillies n'ont fait l'objet que d'une exploitation descriptive : caractéristiques des répondants, source de connaissance de la carte-santé jeunes, opinion sur l'impact de la carte-santé jeunes. L'étude permet essentiellement de caractériser la population bénéficiaire du dispositif de mesurer leur satisfaction.

Carrat et Guezlot, 1998, mentionnent un autre type de dispositif local d'amélioration de l'accès aux soins. Il s'agit d'une cellule d'accueil, mise en place en 1992 à l'hôpital Saint Antoine, à Paris, pour répondre à la demande de soins de personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale. Une étude a été menée sur les patients s'étant adressés à cette cellule pour la première fois au cours de l'année 1994. Les données administratives utilisées s'intéressent surtout au fait d'accéder à une couverture sociale grâce au dispositif. L'évaluation proposée ne concerne donc qu'indirectement l'amélioration de l'accès aux soins.

Le Conseil Economique et Social a souhaité réaliser un projet d'évaluation nationale des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. Dans le cadre de ce projet, le CREDOC a réalisé en 1995 une enquête spécifique auprès de 750 personnes en situation de grande pauvreté, interrogés dans les principaux lieux susceptibles de présenter un fort pourcentage de personnes en situation de pauvreté (accueil d'urgence, métro, associations, services associatifs, gare, ...) de dix départements.

Le questionnaire, constitué d'une partie quantitative et d'une partie qualitative, abordées simultanément pendant l'entretien, passe en revue une série de mesures qui entrent directement ou indirectement dans les instruments de lutte contre la pauvreté. Le rapport publié présente ainsi une approche transversale de l'évaluation des politiques sociales en prenant en compte différentes dimensions de la pauvreté, les politiques relatives à l'accès aux soins n'en étant qu'un volet. Outre la présentation des taux de pénétration, l'analyse s'intéresse aux exclus des politiques et aux raisons qui empêchent les

bénéficiaires potentiels de profiter d'une politique. Cette mise en évidence des obstacles à l'accès au système de santé s'apparente à l'approche de l'Institut of Medicine.

Sources :

- Observatoire régional de Santé du Limousin, « Handicaps sanitaires : accessibilité aux soins des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion en Haute-Vienne », 1990
- Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire, « Evaluation de la carte santé jeunes (département de l'Ain) », 1998
- De GAULLE-ANTHONIOZ G., « Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. », AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, 1995/07/27 ; n° 3
- CARRAT F., M. GUEZELOT, « Quels facteurs influencent l'accès ou le retour à une couverture sociale ? » in *Précarité et Santé*, LEBAS J., CHAUVIN P., pp.251-257, 1998

### **5.2.2. Les personnes âgées en institution**

Plusieurs études sur le recours aux soins des personnes âgées en institution ont été réalisées par le CREDES. L'une d'entre elles traite de l'incapacité et de l'accès aux soins des plus de 80 ans résidant en institution. Les données déclaratives issues de deux enquêtes spécifiques réalisées à dix ans d'intervalle, en 1977 et 1988, permettent d'apprécier l'évolution de la prise en charge sanitaire au sein des institutions. L'étude dresse un état des lieux de la prise en charge des personnes âgées et permet une comparaison entre les différents types d'institution. Elle met également en relation le recours aux soins et l'état de santé. Toutefois cette étude ne fait pas référence à un dispositif précis d'amélioration de l'accès aux soins, et porte sur une période antérieure aux années 90.

Nous avons inclus cette source de données car, bien qu'elle soit aux marges de la dépendance et qu'elle porte sur une période ancienne, le fait d'avoir des données comparables à dix ans d'intervalle et sur un problème spécifiquement lié à l'accès aux soins permet de fournir une mesure de l'évolution de l'accès pour une population précise, qu'on pourra ensuite rapporter à l'existence de mesures prises dans la période pour faciliter l'accès aux soins de cette population.

Source :

- SERMET C., « Le recours au médecin des personnes âgées en institution », Rapport CREDES n°907, 1991

### **5.2.3. Les populations géographiquement défavorisées**

La variabilité liée à l'impact du plateau technique est difficile à mesurer parce que les équipes travaillant sur des plateaux différents sont aussi composées de médecins différents. On capture donc simultanément la variation de pratique médicale et la différence liée aux plateaux. Gerbaud, et al. 1997 mesurent l'effet propre du plateau technique sur les volumes de tests et examens prescrits par les médecins hospitaliers, pour deux diagnostics (thyroïdectomies et pontages aorto-bifémoraux). Il est en général impossible de mener une telle analyse

Les auteurs profitent donc d'une expérience naturelle favorable : faute de lits en nombre suffisant dans un établissement, des services se sont étendus dans un autre établissement, doté d'un plateau technique plus faible. Ce sont donc les mêmes médecins qui opèrent et prescrivent (pas de VPM) et la différence de plateau peut être observée.

Pour mener l'observation, les auteurs appairent des séjours sur la base du diagnostic et des comorbidités, de façon à minimiser la variance des estimateurs obtenus (il y a peu de cas si on limite l'inclusion à une période raisonnable). Les effectifs sont compris entre 50 et 100. On trouve au total un

effet très limité du plateau sur la prescription, voire, dans certain cas, des différences contradictoires (c'est sur le plateau le plus restreint que les médecins prescrivent le plus). L'explication est à chercher du côté d'un autre facteur de variation, les protocoles implicites des infirmières et anesthésistes, qui, eux, sont différents d'un établissement à l'autre, même si l'étude ne fournit aucune preuve décisive de cette variation des pratiques infirmières et anesthésiques.

Si l'on en croit cette étude, le plateau technique de l'hôpital auquel le patient a accès n'aurait pas d'influence sur les soins qu'il reçoit.

Une autre étude a développé la même approche concernant l'accès aux maternités en Languedoc-Roussillon. Menée par la DRASS du Languedoc-Roussillon et publiée en 1999 elle cherche, à partir de simulations sur données médico-administratives, à évaluer les conséquences d'une éventuelle cessation d'activité d'un ou plusieurs sites, en termes de temps d'accès. Au-delà de la description des bassins de naissance, à l'aide de simulations, l'étude s'intéresse à l'impact potentiel de l'ouverture ou de la fermeture de sites sur l'accès aux soins des parturientes.

#### **Sources :**

- GERBAUD L, et al., « Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs ? Une étude en chirurgie générale, thoracique et vasculaire. », JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, 1997/11-12 ; vol. 15, n° 7-8, pp.451-472
- LEDESERT B., « L'accès aux maternités en Languedoc-Roussillon. », ORS de Languedoc Roussillon, 1999

#### **5.2.4. Le sevrage tabagique**

En ce qui concerne l'aide au sevrage tabagique, une étude relative à la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans des centres d'examen de santé (CES), a déjà été présentée plus haut. On a classé cette étude dans l'amélioration de l'accès à la prévention, car il s'agissait d'offrir une prise en charge gratuite d'un dispositif de prévention des troubles liés au tabac avant leur survenue et en population générale : tous les fumeurs y avaient droit, quel que soit leur degré d'intoxication et sans que leur venue au centre soit motivée par leur tabagisme.

Un autre type de dispositifs visant à l'amélioration de l'accès aux soins en terme de sevrage tabagique s'inscrit dans le cadre du plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 ainsi que le plan triennal 1999-2001 de lutte contre les drogues. Il s'agit du renforcement et la création de consultations hospitalières et non-hospitalières de tabacologie. Il s'agit alors d'améliorer l'accès aux soins pour des individus sévèrement intoxiqués par la consommation de tabac.

Deux études ont été menées en parallèle par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et l'Office Français de Prévention du Tabagisme pour mesurer l'évolution de l'activité des ces deux types de consultations. Adoptant la même approche « avant-après », elles se sont basées deux enquêtes spécifiques d'une semaine à un an d'intervalle. Un questionnaire adressé à toutes les consultations hospitalières d'une part, et non-hospitalières d'autre part, ont permis de recueillir des données déclaratives sur la fréquentation, les délais d'attente, les profils de dépendance tabagique des patients définis à l'aide d'outils de diagnostic clinique et biologique. Ces études ont permis de montrer que les actions de lutte contre le tabagisme se sont caractérisées par une nette progression entre janvier 2000 et janvier 2001. Toutefois elles ne constituent pas une évaluation satisfaisante du dispositif d'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes souhaitant arrêter de fumer car les données ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure le rapport offre/demande a évolué, et ne s'intéressent pas au suivi de la prise en charge des patients.

### Sources :

- JEANFRANCOIS M., E. FERNANDES, B. DAUTZENBERG, « Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001
- BRUCKER G., A. BORGNE, L. JOSSERAN, S. DRAGOS, M. JEANFRANCOIS, E. C. FERNANDEZ, B. DAUTZENBERG, « Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001

### **5.3. Bilan : quels sujets traités et à l'aide de quel type de données ?**

A l'issue de la recherche bibliographique, 60 études avaient été classées comme documents traitant d'enquêtes ou d'évaluations quantitatives, et 60 autres comme documents à caractère quantitatif également, mais pas directement liés à l'accès aux soins ni à la prévention. La plupart de ces études ont été examinées dans le détail. Seules 34 études rentrent véritablement dans le champ de l'évaluation d'un dispositif ou d'une politique d'amélioration de l'accès aux soins ou à la prévention.

Le tableau suivant présente la fréquence des sujets traités dans ces études que nous venons d'évoquer ainsi que la fréquence des sources de données utilisées : données médicales et/ou administratives, données déclaratives issues d'enquêtes spécifiques ou d'enquêtes en population générale (EPG).

Par ailleurs, 23 références ont été identifiées dans le champ du constat d'inégalités en termes d'état de santé, ou de recours aux soins, elles sont listées en annexe.

Thème				
	Etudes	Données médicales et/ou administratives	Enquête spécifique	EPG
<b>PREVENTION</b>	<b>23</b>			
Dépistage cancer	10	5		5
Sida	3		3	
Bucco-dentaire	3	2	1	
Péri-natalité	2	1	1	
Vaccination	5	1		4
<b>ACCES AUX SOINS</b>	<b>11</b>			
Précarité	4	1	3	
Limitation géographique	2	2		
Personnes âgées	1		1	
Soins spécifiques	4	1	3	
<b>CONSTAT INEGALITES</b>	<b>23</b>	5	8	10

## 6. Les enquêtes et bases de données potentiellement exploitables

---

On passe maintenant en revue des fichiers d'enquêtes, disponibles et exploitables facilement, n'ayant à l'heure actuelle pas donné lieu à publications sur le thème de l'évaluation des politiques d'accès, mais pouvant servir de base à une analyse rétrospective. On décrit rapidement chaque base, puis on formule des propositions d'exploitations originales, compte tenu des informations disponibles et des questions posées par la problématique de l'évaluation de l'accès aux soins et à la prévention. L'idée générale de ces exploitations est de combiner des comparaisons sur données individuelles (mesures d'évolution dans le temps ou de comparaison entre zones géographiques) et des résultats monographiques décrivant les politiques d'accès de la période ou de la zone. On peut qualifier une telle combinaison d'approche « méso-économique ». Les résultats monographiques seront issus de la littérature recensée, dans le cadre de cette étude, par le LAPSS ; nous nous concentrons ici sur les sources de données individuelles.

On distingue trois types d'enquêtes :

- des enquêtes statistiques<sup>12</sup> traitant de la qualité des soins de manière générale et de la satisfaction des usagers du système de santé ou de sous systèmes particuliers (des hôpitaux, des réseaux de soins etc.) ;
- des enquêtes pouvant se rattacher à l'approche IOM, décrite ci-dessus, en décrivant les pathologies liées à certains modes de vie et imputables éventuellement aux difficultés d'accès au système de soins ;
- enfin, des enquêtes en population générale, dont l'objectif premier n'est pas de mesurer l'accès au système de soins, mais qui recueillent des informations sur l'utilisation du système de soins, l'état de santé et des variables socio-économiques ;

### 6.1. l'approche comportementaliste sur l'« accès aux soins » : les enquêtes sur la satisfaction des usagers et la « réactivité » du système

Les questionnaires de satisfaction des usagers, utilisés depuis de nombreuses années aux USA pour évaluer la qualité des services de soins (dans le cadre notamment de l'accréditation des organisations de soins) comportent de nombreuses questions sur l'accessibilité des services, l'écoute des médecins et la disponibilité des soignants, ce qu'on peut appeler la réactivité d'un système de soins.

Selon Gasquet et al., 2001, qui adaptent la version standard de ce questionnaire (Ware et al., 1983) pour la France, il n'y a aucun exemple d'utilisation de tels questionnaires validés pour des organisations de soins en France. Leur enquête pilote, réalisée pour un réseau de santé mentale des Yvelines (fichier disponible en 2001) est donc le seul ensemble de données subjectives validées sur l'accessibilité.

De tels questionnaires peuvent servir à évaluer un système national de santé, ou un système local, voire un établissement ou un réseau. En passant le même questionnaire à deux dates différentes à la même population (par exemple pour une zone géographique donnée), on pourrait disposer d'un outil intéressant de mesure méso de l'accessibilité aux soins. Dans les enquêtes en population générale sur la santé et les soins, on trouve de telles questions, qui peuvent fournir de premières pistes sur l'évaluation de l'accessibilité en France de manière générale (voir ci-dessous, EPG).

---

<sup>12</sup> On ne traite donc pas ici des évaluations qualitatives par entretiens approfondis

Üstün et al., 2001, soulignent deux critères, entre autres, que doit vérifier une enquête pour mesurer des variations de qualité – accessibilité (réactivité dans le langage OMS) du système de soins :

- l'enquête doit être fiable (*reliable*), ce qui signifie que le même individu remplissant le questionnaire à deux dates différentes doit le remplir de la même façon ; tout écart de fiabilité engendre une variabilité temporelle de la qualité de type erreur de mesure et perturbant la mesure de la « vraie » variation de qualité ;
- l'enquête doit être comparable d'une population à une autre, c'est-à-dire corrigée des effets de structure : on sait que les enquêtés répondent différemment à des questions sur la qualité et l'accessibilité selon leur contexte culturel et social. Si on ne veut pas que les variations temporelles enregistrées ne fassent que refléter des différences dans la structure par milieu social de la population enquêtée, il faut pouvoir « redresser » des variations de structure, donc connaître les liens entre variables socio-culturelles et déclarations sur la qualité – accessibilité ;

## 6.2. l'approche IOM

### 6.2.1. *La mesure indirecte à travers les inégalités sociales devant la maladie et la mort, ou les pathologies des populations ayant des difficultés d'accès*

L'approche IOM consiste, on l'a vu, à rapprocher le constat d'une variabilité forte de destin face à la morbidité ou la létalité d'indices sur une variabilité concomitante et de même sens de l'accès aux soins. Cette idée est suggérée par le fait que la mortalité s'est plus réduite au cours des dernières années en haut de l'échelle sociale qu'en bas, ce qui est compatible avec un effet d'accès inégal aux soins (soit l'inégalité d'accès s'est creusée, soit elle est restée constante, mais, l'efficacité des soins ayant nettement augmenté, l'inégalité a plus d'impact). Pour sa part, le Haut Comité de Santé Publique estime qu'un tiers des décès évitables sont dus à des dysfonctionnements du système de soins (HCSP, 1994). Mizrahi et Mizrahi, 2001, montrent de plus que, à morbidité donnée (mesurée par les indicateurs de l'enquête ESPS, soit des déclarations des individus sur leurs symptômes et facteurs de risque), la mortalité des ouvriers est supérieure à celle des cadres.

Ces faits stylisés ne constituent cependant en rien une preuve de l'impact de l'accès aux soins, car on peut en rendre compte par d'autres évolutions (creusement des inégalités de support social ou d'environnement social ou encore de pénibilité du travail, voire, pour certains, des inégalités de revenu).

Il est en tout état de cause difficile de déduire d'une forte variabilité individuelle des âges au décès ou de la prévalence des maladies une preuve de l'inégalité face aux soins. Afin d'isoler plus facilement le rôle de l'accès aux soins, on se concentre sur certaines causes de décès, pour lesquelles on sait que le système de soins doit et peut éviter la mort dans de nombreux cas, ou bien on se concentre sur le tableau clinique d'une population dont on sait par ailleurs qu'elle est défavorisée dans l'accès à des soins de qualité (les SDF ou les précaires).

L'approche par la cause de décès utilise des données dites de « registre », dans lesquelles on suit de manière exhaustive tous les cas déclarés d'une pathologie donnée pour une zone donnée (le plus souvent un département). La connaissance de l'individu malade est en général très limitée : on peut relever sa catégorie sociale au moment du décès. L'épidémiologie utilise alors cette information pour mesurer une inégalité sociale devant l'incidence (s'il existe par ailleurs une distribution de la population totale selon le même critère de catégorie sociale et pour une date comparable) et la létalité de la maladie.

L'idée est que l'accès aux soins joue un rôle principalement sur la disparité sociale de létalité. Lang, 1999, utilise le registre MONICA (maladies cardiaques) pour la France, pour montrer que la létalité de



l'infarctus du myocarde est nettement supérieure chez les ouvriers spécialisés à celle des cadres. Selon cette même étude, le système de soins hospitaliers ne serait cependant pas en cause, aucune différence de prise en charge n'ayant été observée en fonction de la catégorie sociale. On peut penser que la prise en charge en ambulatoire a été inégale en fonction de la catégorie sociale avant déclenchement de l'accident cardiaque, mais d'autres facteurs, comme l'intensité du réseau social dont dispose l'individu, peuvent être convoqués, sans qu'il soit possible en l'état des données, de séparer les effets respectifs de ces deux facteurs.

Certaines données épidémiologiques régulièrement recueillies par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) pourraient également être exploitées.

L'InVS recense au niveau national les notifications de maladies à déclaration obligatoire. Parmi ces maladies on compte notamment le SIDA, la tuberculose, la diphtérie, la listériose et la légionellose<sup>13</sup>. L'apparition de nouveaux cas est transmise à l'InVS toutes les semaines, ce qui permet le suivi de cumuls hebdomadaires. L'exploitation des données par départements et par périodes pourraient permettre de tester l'impact de dispositifs de prévention, au sens large, y compris politiques de rénovation des logements insalubres, d'échanges de seringues, de vaccinations etc.

Par ailleurs, le département de maladies chroniques et des traumatismes de l'InVS a notamment pour mission l'observation permanente des tendances épidémiologiques des principales maladies chroniques et leurs déterminants.

En l'absence de politique officielle à l'origine, les registres français de morbidité se sont mis en place progressivement à la suite d'initiatives locales essentiellement dans 3 domaines : le cancer (1975), les malformations congénitales (1973) et les cardiopathies ischémiques (1984).

Souhaitant encadrer ce développement rapide et important, notamment des registres du cancer, et mettre en place une véritable politique dans ce domaine, le Gouvernement a créé par arrêté, le 10 février 1986, le Comité national des registres (CNR). Celui-ci est placé sous la double tutelle des ministères chargés de la Santé (Direction générale de la Santé) et de la Recherche (Institut national de la Santé et de la Recherche médicale).

Après une première phase d'activité marquée par la réalisation de travaux individuels essentiellement descriptifs, les responsables des registres de cancers ont pris conscience de la nécessité de développer une étroite collaboration. Elle a conduit à la constitution d'un Réseau des registres français de cancers (FRANCIM) regroupant tous les registres ayant obtenu un avis favorable du Comité national des registres.

En 1997, d'après « La situation des registres en France en 1997 », BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE n°17/1997, ce réseau comprend :

- les registres généraux des cancers du Bas-Rhin, du Calvados, du Doubs, de l'Hérault, de l'Isère, de la Manche, de la Martinique, de la Somme et du Tarn ;
- les registres des cancers digestifs de Bourgogne et du Calvados, des cancers de l'enfant de Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse, des cancers gynécologiques et des hémopathies malignes de Côte-d'Or.

Initialement, ce réseau a défini des règles d'harmonisation des méthodes afin d'assurer la comparabilité des données. Par la suite, des travaux coopératifs ont été entrepris dans le domaine de l'épidémiologie descriptive, aboutissant à des publications conjointes. De manière plus récente, les études s'orientent vers l'évaluation des politiques de santé, vers des travaux coopératifs en épidémiologie analytique et en évaluation des stratégies de prévention. Ce réseau a des liens étroits avec le CIRC

---

<sup>13</sup> les autres, moins fréquentes, sont : le botulisme, la brucellose, le choléra, les fièvres typhoïdes, les infections à méningocoque, le paludisme autochtone, la poliomyélite, le tétanos.

(Lyon), le Groupe pour l'épidémiologie et l'enregistrement des cancers dans les pays de langue latine. Il participe à plusieurs actions concertées européennes notamment par le biais du réseau européen EUROCIM.

L'approche par la prévalence des maladies est illustrée par les problèmes dentaires. Lombrail, 2000, relève une étude postérieure à 1990 reliant des inégalités sociales de santé à des inégalités de prise en charge : Azoguy et al., 1996, relie l'état de santé bucco-dentaire aux recours aux soins dentaires sur un fichier individuel d'enfants dans le Val d'Oise.

L'approche par les populations vulnérables à un problème d'accessibilité aux soins concerne essentiellement les individus en situation de précarité. Le CREDES a mené plusieurs enquêtes auprès de populations consultant dans des centres de soins gratuits (Cong et al., 1992, Mizrahi, Mizrahi et Wait, 1993, Collet, Menahem et Paris, 2002). De telles enquêtes ne permettent pas de mesurer le recours aux soins des précaires (puisque ne sont atteints que ceux qui recourent, et dans un type de centre spécifique), mais permettent de dresser le tableau clinique des individus relevant de populations a priori soumises à des contraintes dans l'accès aux soins. L'enquête la plus récente porte sur 85 centres et 590 patients et met en lumière une structure pathologique spécifique des clients des centres de soins gratuits : bien sûr, aucune maladie nouvelle n'apparaît, qui bouleverserait la CIM, mais, en revanche, la prévalence des problèmes dermatologiques sévères, des problèmes liés à l'alcoolisme et des troubles psychiatriques est nettement plus élevée que dans la population générale.

Une question de l'enquête, posée en des termes identiques à ceux du baromètre santé du CFES permet de comparer l'attitude des patients des centres gratuits à celle de la population générale en cas de douleur (qu'a fait l'enquêté la dernière fois qu'il a ressenti une douleur), ce qui peut donner une idée de l'attitude générale face à la douleur et aux soins ; une autre question demande directement à l'enquêté s'il redoute d'aller voir un médecin, mais elle n'a pas d'équivalent dans une autre enquête en population générale.

L'enquête ne sera pas renouvelée, il semble impossible de mesurer des évolutions à partir des enquêtes 91 et 99, car elles ne portent pas sur le même champ (géographique et institutionnel). En revanche, il est possible d'analyser les résultats de la dernière enquête par type d'institution. Il n'est pas souhaitable non plus de relier cette enquête avec les enquêtes sur les Sans Domicile Fixe de l'INED, car les SDF recourant aux centres gratuits sont minoritaires et, symétriquement, les SDF sont une petite partie de la clientèle des centres.

Enfin, nous pouvons signaler l'existence d'une base de données construite à partir des bilans de santé réalisés par les Centres d'Examen (CES).

La mission des 80 CES de France est de proposer gratuitement aux assurés sociaux un bilan de santé. C'est un examen médical préventif et périodique dont le contenu est défini par un référentiel commun s'appuyant sur les recommandations médicales et les connaissances scientifiques actuelles. L'examen s'adresse tout particulièrement aux personnes en difficulté sociale, aux personnes vulnérables dites à risque ou n'ayant pas de suivi médical régulier. Les tests pratiqués sont modulés selon l'âge, le sexe, l'environnement, le suivi médical de la personne. Chaque année, plus de 650.000 assurés bénéficient d'un examen périodique de santé.

L'ensemble des données recueillies permettent :

- de hiérarchiser les risques pour la santé publique,
- de suivre l'évolution des procédures préventives et leur adéquation en termes de pertinence, de coût et de fréquence optimale,
- de clarifier les bénéfices et les inconvénients des diverses stratégies préventives.

L'essentiel des analyses menées sur ces données sont d'ordre épidémiologiques (Larosa et Le Clésiau, 2001a et 2001b), visant à préciser les facteurs prédictifs individuels de comportements à risques

(obésité ou non accès aux soins). On peut cependant aussi utiliser ces données pour comparer les difficultés d'accès aux soins d'une commune à une autre, ce qui permettrait à une équipe connaissant bien les dispositifs mis en place par les différentes communes de mener des études monographiques du lien entre accès aux soins et dispositif public, toutes choses égales par ailleurs du point de vue de la structure de la population.

Le Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (CETAF) a pour mission de valoriser les activités des Centres d'examens de santé et d'assurer la veille des informations dans le domaine de la prévention, il a été créé le 25 avril 1994 à l'initiative de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour accompagner les CES dans leurs missions d'examens de santé, d'éducation pour la santé et de recherche épidémiologique

A un niveau national, le CETAF réalise les fiches, à la fois méthodologiques et médicales, relatives aux tests, examens ou actions d'éducation pour la santé recommandés dans l'examen périodique de santé. Ces fiches visent à harmoniser et améliorer la qualité des procédures en cours dans les CES. En standardisant le recueil des données dans l'ensemble des CES, elles facilitent en outre l'observation de l'état de santé et la réalisation d'un tableau de bord de la santé des populations reçues dans les CES.

Les CES disposent d'une banque de données observationnelle sans équivalent en France tant par sa couverture géographique que par le nombre de personnes volontaires pour l'examen périodique de santé et la diversité des informations colligées. De ce potentiel, le CETAF contribue à faire une **base épidémiologique permettant à la fois de décrire l'état de santé de groupes de populations dans l'espace et dans le temps et, au-delà, d'analyser les comportements et besoins de santé des assurés sociaux.**

Le contenu de la base est le suivant :

- questionnaire standard des examens de santé,
- quelques informations cliniques,
- un relevé des traitements médicaux en cours lors de l'examen
- les soins successifs à l'examen de santé.

Le principal défaut de cette base est sa non représentativité de la population générale ; elle n'est, de fait, représentative que de la population volontaire pour se présenter aux examens de santé. On dispose cependant d'éléments sur l'âge, le sexe et la catégorie sociale, qui permettent de redresser les résultats obtenus. On peut aussi faire l'hypothèse que ce problème de représentativité est stable dans le temps, ou stable en différence première entre départements, ce qui permet de comparer des évolutions d'une zone à l'autre, et de les rapporter à des politiques suivies (communication personnelle du Dr Larosa).

Les principaux résultats issus des CES sont consignés dans une plaquette annuelle, intitulée "Géographie de la santé", et consultable sur le site du CETAF, <http://www.cetaf.asso.fr>.

Dans l'édition 2002 du tableau de bord cartographique de la santé, les indicateurs régionaux de santé sont organisés en cinq chapitres ( Indicateurs 1999 )

- Consommations : alcool, tabac, psychotropes
- Accès aux soins médicaux et dentaires
- Etat fonctionnel : acuité auditive, caries dentaires, électrocardiogramme, tension artérielle
- Etat métabolique : obésité, cholestérol, hyperglycémie, hémoglobine
- Qualité de vie : note de santé perçue, sédentarité, vieillissement prématuré

En revanche, la base de données reste propriété des CES et n'est donc pas disponible pour des chercheurs : lorsque un organisme tel qu'un ORS souhaite une requête particulière, le CETAF fait les exploitations statistiques (communication personnelle de M. René Guegun).

## **6.2.2. La mesure directe des difficultés d'accès : « déni de soins » et adressage**

### ***Déni de soins aux personnes âgées***

Brun, De Pourville et Ulman, 2001, ont mené une revue de littérature sur les lacunes de la prise en charge des personnes âgées en France. Il n'existe aucune étude française sur le déni de soins explicite (cf. néanmoins deux éditoriaux cités par Lombrail, 2000), et l'idée est donc de mesurer ce déni par l'inadéquation des structures d'offre aux besoins des personnes âgées, et plus particulièrement sur deux pathologies, Alzheimer et les AVC. On est donc proche de l'idée IOM.

Les faits qui indiquent une lacune de soins aux personnes âgées sont : la persistance d'une forte taux de suicide chez les personnes âgées, une malnutrition fréquente et des maltraitements.

Un premier soupçon porte sur les structures de prise en charge des personnes dépendantes (lits en section de cure médicalisée, long séjour, hospitalisation à domicile), inégalement réparties sur le territoire (on retrouve l'argument selon lequel l'inégalité vaut problème d'accès), en progression inférieure à celle du nombre de personnes âgées (mais, après tout, celles-ci sont peut être moins souvent dépendantes à âge égal), et de faible volume comparé à ce qui se fait à l'étranger. L'insuffisance des structures conduit 80% des malades d'Alzheimer à rester à domicile, sous la responsabilité d'un proche et seulement 4 à 8% des patients visés après AVC à bénéficier d'une rééducation par l'entraînement à l'effort (qui réduit la mortalité).

Dans ces structures insuffisantes, ainsi qu'en ville, la formation gériatrique des personnels est insuffisante, et la formation continue peu organisée. Les malades d'Alzheimer en institution ne sont pas traités convenablement et gênent les autres institutionnalisés.

Selon les auteurs, la prise en charge financière de la dépendance est elle aussi très faible, représentant 0,4% du PIB seulement (10% pour l'ensemble des dépenses de santé), et le financement de la prise en charge à domicile serait en diminution au cours des dernières années.

### ***Variations des pratiques à l'hôpital***

Outre le déni proprement dit, des cas de traitements différenciés selon les caractéristiques du patient sont documentés, pour certaines pathologies traceuses et recensant des chroniques complètes d'actes médicaux.

Le Fur et al. 2000, analysent les trajectoires des patients pour trois actes hospitaliers : IRM du genou, endoscopie digestive haute et cholécystectomie, en Ile de France. Ils montrent que les patients plus jeunes et plus hauts socialement hésitent moins à se déplacer pour choisir leur établissement au lieu d'aller au plus proche. Il en résulte une meilleure qualité de leur prise en charge, mesurée par l'adéquation des délais en IRM et endoscopie à l'avis d'un panel d'experts. Les effectifs sont cependant trop faibles pour pouvoir affirmer l'existence d'un impact de la distance parcourue sur la qualité de la prise en charge.

Une autre source d'inégalité liée à l'accès serait la variabilité des pratiques médicales hospitalières. Toute variabilité non justifiée médicalement pose un problème de qualité des soins, et donc d'accès. On distingue cependant les variabilités liées aux médecins, celles liées aux plateaux techniques dont ils disposent (et que la planification peut résoudre), celles enfin de chaque équipe selon le milieu social du patient (variabilité intra équipe).

La variabilité entre établissements est analysée via la base PMSI (Levaillant), mais il paraît difficile en l'état actuel des connaissances de relier ces résultats, qui portent en général sur l'impact de la taille ou du statut de l'établissement, à des données sur la clientèle permettant d'inférer une inégalité d'accès aux soins.

### *Médecine de ville*

Ringa et al., 1997, montrent que la prévalence (fortement liée à la prescription) du traitement hormonal substitutif de la ménopause varie fortement selon le niveau d'éducation de la femme.

Pour des données nationales, il existe deux bases (Thalès et IMS France) relevant les prescriptions délivrées par les médecins, en regard de diagnostics (saisis par les médecins) et de caractéristiques succinctes du patient (âge, sexe, catégorie sociale). L'analyse de la base Thalès par Mousquès, Renaud et Sermet (2001) sur le traitement de l'hyperlipidémie (statines contre fibrates) montre que la variation intra médecin est nettement supérieure à la variation inter médecins, ce qui laisserait penser que les caractéristiques du patient importent plus que celles du médecin. Ce premier résultat peut cependant signifier aussi bien un traitement inégal par chaque médecin qu'une variabilité « légitime », motivée par les seules considérations médicales. Dans le cas de l'hyperlipidémie, la catégorie sociale du patient ne semble pas jouer de rôle déterminant sur le choix thérapeutique et la variabilité s'expliquerait avant tout par des considérations diagnostiques. Les auteurs soulignent cependant que la qualité de la variable « catégorie sociale » est douteuse : elle n'est saisie que dans 30% des cas, et on peut penser qu'elle n'est pas mise à jour en cas de changement de statut professionnel du patient.

Ces bases de données existant depuis de nombreuses années, on pourrait penser les utiliser pour mesurer une évolution de la variabilité de traitement selon le statut social du patient. Cependant, toujours selon les auteurs de l'étude (communication orale), la robustesse de la base Thalès n'est pas garantie pour les années antérieures à 1999. Une étude de variabilité sociale des pratiques pour une pathologie donnée pour laquelle on a de forts soupçons de VPM liées au statut social du patient (par exemple l'alcoolisme, cf. ci-dessous) pourrait faire l'objet d'une étude dans un délai réduit ; il faudrait auparavant valider la qualité de la variable de statut social du patient.

### *La prévention*

Des études épidémiologiques permettant d'évaluer des programmes de prévention peuvent également être considérées comme des applications de l'approche de l'IOM. A titre d'exemple, en France, le programme de dépistage organisé du cancer du sein, mis en place en 1994, a été évalué au sein de l'Institut National de Veille Sanitaire. Des indicateurs précoces d'impact, de qualité et d'efficacité du programme sont calculés et comparés à des référentiels, comme celui du Programme Europe Contre le Cancer. Les indicateurs utilisés sont le taux de participation, le taux de rappel, le taux de biopsie et le taux de cancers, mesurés à la fois en termes de prévalence (premières mammographies) et d'incidence (mammographies effectuées par la suite). Ils permettent de suivre les performances au cours du temps et de fournir aux décideurs des informations détaillées sur le suivi épidémiologique du programme à des fins d'évaluation. La conclusion de Aubert et al. 1995, est que les médecins ont moins tendance à proposer le dépistage aux étrangères, aux travailleuses manuelles salariées, aux femmes les plus âgées et aux patientes qu'ils connaissent depuis plus longtemps »

Enfin, Arènes et al., 1996, montrent que la proportion de médecins pensant avoir un rôle important à jouer dans la prévention de l'alcoolisme diminue quand la proportion de bénéficiaires de l'AMG augmente dans leur patientèle.

## **Pratiques d'adressage**

L'ORS PACA (1992) a mené une évaluation des procédures de prise en compte des demandes, de prescription et d'adressage des institutions en charge des personnes pauvres dans le département des Bouches du Rhône. 71 guichets sont recensés, relevant des CCAS, de la DISS (Direction des Interventions Sociales de la Solidarité, niveau départemental) et des ONG, dans 5 zones géographiques (trois arrondissements marseillais, Arles et Gardanne). L'objectif est de décrire des filières suivies par les pauvres après leur première démarche : où sont ils adressés (hôpital ou médecine de ville) et pourquoi (logique d'offre liée à la zone, logique d'institution, logique pure de besoin). Un questionnaire est passé en face à face auprès d'informants dans les 71 guichets, à propos de leurs procédures d'adressage ou de prestation directe, selon le contexte pathologique (toxicomanie, alcoolisme, dermatologie, traumatologie, santé psychique) et le type de demande adressée (médical – consultation, demande de médicaments, hébergement – placement – hospitalisation, prise en charge financière, prévention – suivi médical, aide administrative). L'informant répond simplement sur la pratique courante, et non sur le dernier dossier.

Le questionnaire institutions est doublé d'une exploitation de 741 dossiers patients, afin de contrôler que les différences entre guichets ne sont pas liées à des différences de population clientes (en fait, comme ça ne fait que 10 dossiers par guichet, le contrôle porte sur l'effet population par zone géographique, puis par type d'institution). Enfin, pour contrôler l'effet d'offre de soins sur l'adressage des guichets, la localisation des hôpitaux est relevée, ainsi que les pratiques courantes des médecins de ville face aux pauvres, via un questionnaire médecin succinct et adressé par téléphone par d'autres médecins (travaillant dans un centre volontaire, le centre DORIA). Il apparaît une logique institutionnelle : les CCAS font plus confiance aux médecins libéraux, les DISS aux dispensaires. Cependant, la proximité d'un hôpital oriente fortement les adressages. Le questionnaire médecins ne permet pas de mesurer un éventuel refus de soins, mais montre une très large ignorance des mécanismes de prise en charge des bénéficiaires du RMI. Pour les médecins, le secteur social se résume à l'assistante sociale.

Touilly et alii (2001) s'inspirent de l'approche IOM en mesurant l'accès aux soins comme étant l'accès aux traitements et recours conformes à la norme issue des consensus médicaux.

## **6.3. L'approche Andersen Aday par les différences de consommation**

### **6.3.1. données géographiques : impact de la distance et analyse des « bassins de santé » (facteurs de la consommation à offre et structure de la population données)**

Selon Bessin et al., 1999, la mesure de l'accessibilité par la distance au médecin généraliste le plus proche est pertinente parce qu'on constate que les recours effectifs ont bien lieu chez lui (si les individus avaient accepté de voyager sur de longues distances pour consulter, la barrière de l'accès aurait moins de sens, ou bien alors seulement pour certaines sous populations bien particulières).

En revanche, Lucas et Tonnelier, 1995, montrent, sur la base de l'enquête nationale sur les hospitalisés 1991-1992 du CREDES, que les patients ne choisissent pas en général l'établissement le plus proche.

En général, les études montrent que l'impact de l'accessibilité géographique est plus fort sur le recours à la prévention que sur le recours aux soins curatifs (Lucas et Tonnelier, 2001).

Méthode de calcul (exposée dans Lucas et Tonnellier, 1995) : le fichier est la base de données communales de l'INSEE, qui fournit, pour chaque commune, la population au dernier recensement, et le type d'habitat (ville centre<sup>14</sup>, banlieue, hors unité urbaine). Ce fichier est apparié avec une source IGN fournissant les coordonnées topographiques des mairies des communes de France. De nouveaux appariements ont alors lieu avec des fichiers permettant de connaître la commune d'exercice des offreurs de soins : Tableau Statistiques d'Activité des Praticiens, pour les médecins (qui fournit la spécialité des médecins), fichier FINESS pour les hôpitaux et cliniques (in connaît les spécialités des services présents dans l'établissement), l'annuaire de la cancérologie radiothérapie et des imageries médicales de 1990 pour l'implantation des scanners et IRM fonctionnant, liste des centres de cancérologie et de leurs équipements (basse énergie, cobalts, et accélérateurs).

Pour un type d'offre et une commune, le calcul de distance fonctionne comme suit :

- S'il existe le type d'offre dans la commune, la distance est comptée à 0 ; en toute rigueur, il faudrait donc ajouter aux distances nulles un indicateur de la distance moyenne entre deux points de la commune ;
- Sinon, on cherche la commune la plus proche possédant le type d'offre et on reporte la distance entre les mairies ; il s'agit donc d'une distance à vol d'oiseau, ne tenant pas compte des distances routières ;
- Les résultats sont alors pondérés par l'effectif de chaque commune, pour obtenir des résultats « population française »

Cette base enrichie permet de calculer des distances moyennes pour 38 spécialités ou équipements, puis de mesurer l'impact des caractéristiques des communes sur la distance : est d'abord calculée une distance selon la population de l'unité urbaine<sup>15</sup> ; la plupart des services sont à distance nulle dès que l'unité urbaine dépasse 20 000 habitants, sauf l'urologie. Il n'y a pas vraiment de différence entre centre et banlieue, sauf en cardiologie pour les unités urbaines de plus de 10 000 habitants, pour les scanners dans les unités de plus de 50 000 habitants, les urologues libéraux dans les unités de plus de 200 000 ; on peut même noter un avantage aux banlieues pour les installations lourdes, comme la chirurgie des grands brûlés. On peut aussi analyser le lien entre distance moyenne et densité de population ou de médecins par département ; l'existence d'un lien négatif est attendu (et confirmé), sauf pour les spécialités très répandues. Les départements s'écartant de la droite de régression, pour les spécialités libérales, seraient intéressants à étudier car ils ont peut être fait preuve de politiques particulières d'implantation.

De manière générale, ces données sont plus fructueuses à exploiter en distribution qu'en valeur centrale : la problématique d'accès concerne les communes affichant une distance supérieure à certains seuils (10 km ou 15 km pour les généralistes), même si elles regroupent moins de 10% de la population. On peut exploiter ces données communales pour repérer les communes à risque d'accessibilité difficile, dans une région par exemple, et les étudier de plus près (structure par âge, distance routière et non à vol d'oiseau, présence d'une infirmière si absence de médecin etc.)

Il ne semble pas que la base ait été enrichie à l'heure actuelle des données du recensement général de 1999.

---

<sup>14</sup> dans une unité urbaine, une commune est dite centre si elle regroupe plus de 50% de la population de l'unité (elle est alors seule centre), ou si sa population est au moins égale à la moitié de la commune la plus peuplée de l'unité ; les autres communes sont dite ville banlieue.

<sup>15</sup> L'unité urbaine était constituée par la continuité de l'espace habité ; une unité urbaine représente une agglomération de population d'au moins 2000 habitants ; l'INSEE utilise maintenant les zonages en aires urbaines, car presque toute la population vit en unité urbaine. Un pôle urbain est une unité urbaine offrant 5000 emplois ou plus ; une commune est périurbaine si 40% au moins de ses actifs travaillent dans un pôle urbain. Un pôle rural est une unité urbaine offrant au moins 2000 emplois, la périphérie rurale est constituée des communes dont au moins 20% des actifs travaillent dans un pôle rural ; enfin le reste constitue le rural isolé.

Fromentin, 2000, a commencé une telle analyse pour trois régions, Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon. Selon les mêmes principes, il calcule la distance d'accès aux médecins généralistes libéraux ; en 1998 (données d'implantation, les données sur la population communale datant du RP 99), seuls 4,7% des résidents en Aquitaine sont à plus de 10 Km d'un MG (1,7% en Franche-Comté et Languedoc-Roussillon). Sous l'hypothèse selon laquelle les MG libéraux de plus de 50 ans et exerçant seuls dans leur commune ne sont pas remplacés, ces pourcentages de personnes à plus de 10 km d'un MG passent respectivement à : 5,4%, 2,4% et 2,3% en 2008. Ces pourcentages restent évidemment très faibles ; en outre, les résidents à plus de 10 km ne sont presque jamais à plus de 15 km d'un MG (moins de 0,5% de la population de ces trois régions vit à plus de 15 km d'un MG et la projection 2008 sous la même hypothèse fait passer à 0,7%) mais une autre manière de présenter les choses peut aider à comprendre pourquoi ils sont très mal vécus : en 1982, les pourcentages de résidents situés à plus de 10 km du MG le plus proche étaient, pour ces trois régions, de 4,8%, 2,1% et 1,9%.

En outre, il peut s'agir d'individus moins mobiles (mais on n'en sait rien) ou plus âgés et en moins bonne santé.

Ledésert 1999 mesure la distance en temps d'accès et non en kilométrage, dans le cas des maternités en Languedoc Roussillon. La base de données est, là encore, communale. Un logiciel permet de calculer des temps d'accès entre des communes, moyennant des paramètres utilisateur sur la vitesse moyenne par type de routes. 92,2% des naissances sont le fait de mères résidant à moins de 30' d'une maternité et 98% sont à moins de 45'. Seules 0,2% des naissances (43 en effectif moyen annuel sur la période 1994-96) sont le fait de mères résidant à plus d'une heure de voiture d'une maternité. Le rapport simule des fermetures de petites maternités (moins de 300 accouchements par an) : sur 5 sites envisagés (Lunel, Ganges, Céret, Castelnaudary et Prades) seules deux fermetures modifieraient la distribution des temps d'accès. Fermer Ganges placerait 0,9% des parturientes de la région à plus de 45' de la maternité la plus proche et 1,3% à plus de 30' ; fermer Prades aurait les mêmes conséquences pour, respectivement, 0,6% et 0,8% des parturientes de la région.

L'étude mesure aussi l'impact d'ajout de centres de réanimation néonatale ou de néonatalogie. Passer de deux à trois sites en réanimation permet un gain important (on passe de 33% des naissances à plus d'une heure d'un site à 8% en ajoutant Perpignan à Montpellier et Nîmes). En revanche, passer de six à sept (ajout d'Alès) en néonatalogie ne permet qu'un gain marginal de proportion de naissances à moins d'une heure d'un site. Il est évidemment dommage qu'aucune simulation ne soit faite entre trois et six, car on soupçonne que le maximum de gain se situe dans cette zone.

Quoiqu'il en soit, l'outil (courbes isochrones et simulations) est intéressant, même si on ne sait toujours pas grand chose des populations concernées par les temps d'accès très longs (la proportion de grossesses à risques et / ou mal suivies augmente-t-elle avec la distance à la maternité), ni sur les offres alternatives éventuelles dont elles disposent (mais en maternité, cette dernière problématique est certainement moins pertinente qu'en médecine générale).

Enfin, l'analyse des maternités confirme le résultat de Bessin et al sur les généralistes : les pratiques réelles suivent assez bien l'accessibilité géographique. Si la zone d'attraction regroupe toutes les communes les plus proches (en temps d'accès) de la maternité d'une commune donnée, on constate que, en moyenne, 80% des naissances de la zone d'attraction ont bien lieu dans la zone. Les 20% d'accouchements hors de la zone sont surtout le fait de zones à faibles effectifs de naissances (une régression menée par nous sur les chiffres des auteurs montre que 100 naissances supplémentaires dans la zone diminuent le taux de fuite de un point) ; dans ces zones, l'analyse des fuites montre qu'elles sont avant tout médicales : les enfants de poids inférieur à 2 500 g sont orientés vers les CHU. En revanche, les femmes présentant un profil à risque (moins de 18 ans, multipares, seules, antécédents néonataux) accouchent moins souvent hors de leur zone d'attraction (elles exercent moins souvent leur choix).



En matière de prévention, Launois et al., 1991, s'intéressent à la relation entre le lieu de résidence (rural versus urbain) et l'incidence du cancer colorectal. S'appuyant sur des données du département du Calvados, ils montrent que les patients vivant dans des zones rurales sont moins souvent traités dans un centre de soins spécialisés (40%) que les patients vivant en zone urbaine (53%). En outre, on observe un retard de dépistage, voire de prise en charge chez les femmes issues des zones rurales : lors du diagnostic, il arrive plus souvent qu'un stade sévère soit déjà atteint (12% pour les femmes en rural, 16% chez les femmes en urbain). Ces résultats suggèrent une inégalité entre zones rurales et zones urbaines, plus particulièrement observée chez les femmes, et qu'on peut rattacher à l'isolement géographique, et à l'éloignement des centres de prévention et de dépistage, même si les auteurs n'ont pas testé ce lien de causalité contre des explications alternatives.

### **6.3.2. Enquêtes en population générale**

Les enquêtes en population générale (EPG), n'ont pas pour objectif premier de mesurer l'accès au système de soins, mais par le recueil d'informations sur l'utilisation du système de soins, l'état de santé et des variables socio-économiques, elles servent à mesurer des différences, dans le temps ou selon la zone géographique, d'utilisation, de les contrôler par l'état de santé, la richesse, par exemple, et de les relier à des éléments de contexte sur les politiques de santé. Deux enquêtes, Santé Soins Médicaux (SSM) d'une part, et Santé Soins et Protection Sociale (ESPS) d'autre part apportent des éléments relatifs à l'accès aux soins, tandis qu'une troisième enquête en population générale, le Baromètre Santé du CFES, s'intéresse aux questions de prévention.

A partir de ces enquêtes, il est possible d'estimer la valeur de certains indicateurs des difficultés d'accès aux soins et à la prévention, tels que décrits dans la revue de littérature présentée dans la première partie de ce rapport. En comparant ces valeurs pour deux dates différentes<sup>16</sup>, en contrôlant les effets de confusion pouvant expliquer ces variations (effets aléatoire liés à l'échantillonnage, ou effets de structure dans les populations), on peut dresser un bilan d'amélioration ou d'aggravation des problématiques d'accès aux soins et à la prévention. Avec beaucoup de hardiesse, on peut alors tenter de relier ce bilan à des éléments connus par ailleurs sur les politiques publiques visant à faciliter l'accès aux soins ou à la prévention mises en place dans la période. En négligeant beaucoup de facteurs de confusion (tout ce qui a pu changer dans le contexte outre les dispositifs publics de lutte contre les obstacles à l'accès aux soins), on obtiendra une première mesure d'impact (mesure macro) des politiques publiques sur l'accès aux soins.

Il va de soi que cet exercice sera moins hasardeux si l'évolution de l'accès aux soins est mesurée non pas sur la population totale, mais sur des sous populations pour lesquelles on sait que des dispositifs particuliers ont été mis en place dans la période. On passera en revue, pour chacune des EPG, la déclinaison possible des indicateurs d'accès aux soins qu'on peut en extraire selon les grands axes de politiques publiques traités dans le document jumeau du LAPSS (Jourdain et al., 2002). L'arbitrage se fera bien évidemment entre une nécessité d'effectif minimum nécessaire pour obtenir un test suffisamment puissant, et une volonté de précision dans la définition de la sous population à laquelle le dispositif s'applique.

En tout état de cause, l'exercice consistant à relier une variation macro d'un indicateur d'accès à une variation concomitante des politiques d'accès semble périlleux. Ce qui conduira à notre deuxième proposition, d'association d'une série de monographies avec des EPG locales sur le mode de l'enquête *Community Tracking Study* présentée ci-dessus ; on détaillera cette proposition « méso », utilisant conjointement les résultats monographiques et les études en population générale sur zone

---

<sup>16</sup> On pourrait aussi penser mesurer des variations géographiques à une date donnée, mais il faudrait pour cela que les zones sur lesquelles s'appliquent des politiques différentes d'accès aux soins et à la prévention soient suffisamment larges pour que les effectifs à l'enquête permettent de mener des tests de différences ayant une puissance suffisante. A priori, on ne pourrait comparer que de grandes régions, comme l'Île de France ou PACA et Rhône Alpes au reste de la France.

géographique restreinte dans la conclusion générale aux deux documents. Notons qu'il s'agit là d'une recommandation sortant du cadre strict de cette étude, car il s'agit de construire des données et non d'exploiter des données existantes.

Les indicateurs d'intérêt à étudier dans les trois grandes EPG concernent tout d'abord le recours aux soins (séances, dont spécialistes)<sup>17</sup>. L'évolution dans le temps des inégalités de recours aux soins, à état de santé donné, selon le revenu, le niveau d'éducation, l'âge ou le sexe fournit une première indication de l'évolution des obstacles à l'accès aux soins : un gradient social de recours moins marqué signe normalement un accès plus simple pour tous (sauf à imaginer des obstacles croissants à l'accès des plus riches ou des plus favorisés). Pour tester que le gradient selon une variable a évolué de manière significative entre deux dates, on peut estimer le gradient sur deux populations enquêtées à deux dates différentes, et tester l'égalité du coefficient de la variable d'intérêt (le revenu ou l'âge) dans les deux sous populations correspondant aux deux dates d'enquêtes par un simple test de Chow. Pour cet exercice, l'enquête ESPS permet de mesurer des évolutions entre deux dates rapprochées, alors que l'enquête ESSM ne permet de mesurer que des différences décennales.

Outre ces indicateurs d'inégalités d'accès, il est intéressant de mesurer directement la probabilité de rencontrer certains obstacles, tels que l'accès à l'assurance complémentaire, selon le revenu ou la situation par rapport au marché du travail, ou l'accès à la continuité des soins selon l'âge, le revenu, la localisation géographique (on utilisera alors les questions sur la source habituelle de soins). En complément des déclarations directes de renoncement pour motifs financiers, nous retiendrons des indicateurs relatifs à la satisfaction, à la qualité des soins, au confort (temps d'attente, trajets, changements imposés de médecin traitant) selon les caractéristiques individuelles.

Enfin, les inégalités d'état de santé à âge donné, ainsi que les inégalités de compétences dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, fournissent des éléments pour une approche d'accès à la santé (approche dite IOM).

Pour le premier aspect (variation dans le temps des inégalités sociales d'état de santé), on pourra utiliser l'enquête ESPS (mesure infra-décennale) ou l'enquête ESSM (mesure de variation décennale), selon le même schéma que celui décrit pour mesurer les inégalités de recours aux soins. La mesure de l'évolution dans le temps (ou de la comparaison dans l'espace) des inégalités sociales d'état de santé a reçu une méthodologie acceptée de manière consensuelle parmi les économistes (projet EQUITY, Kakwani, Wagstaff et van Doorslaer, 1997). Cette méthodologie s'applique aussi bien à des mesures subjectives (note d'état de santé) qu'à des mesures comme la prévalence de certaines maladies chroniques ou d'un état d'incapacité fonctionnelle. On peut aussi tirer parti de l'aspect « panel » de l'enquête ESPS pour mesurer la probabilité différentielle selon le milieu social ou le revenu d'aggravation d'états chroniques.

Pour mesurer les évolutions du gradient social de compétence en matière d'éducation pour la santé, on utilisera plutôt le baromètre santé, qui permet lui aussi de mesurer des évolutions infra-décennales, de recours aux dépistages, de connaissances des programmes, ou, plus proche des *outcomes*, de la douleur.

Nous présentons maintenant en détail les variables utilisables dans les trois EPG pour mener à bien ces mesures de variation dans le temps des indicateurs d'accès aux soins. Avant de présenter ces EPG à passages répétés, permettant de saisir des évolutions dans le temps, on relève les éléments exploitables dans l'enquête dite « devenir des bénéficiaires du RMI », qui concerne les mêmes individus, d'une population restreinte et particulière, à un an d'intervalle. Par construction, cette enquête ne peut servir à mesurer que l'impact du RMI et des dispositifs en direction des bénéficiaires de cette mesure sur l'accès aux soins et à la prévention.

---

<sup>17</sup> L'évolution des inégalités de recours à certains tests de dépistage pourra également être étudiée.

### 6.3.2.1. Enquête sur le devenir des bénéficiaires du RMI

En septembre 1997, une enquête s'est déroulée auprès de 8 000 allocataires du RMI inscrits dans les CAF au 31 décembre 1996 (parmi 10 000 tirés dans un échantillon au hasard) et 3 500 ont été ré-interrogés en janvier 1998 (parmi les 8 000, 1 850 ont été retenus parmi les « sortis » et un échantillon complémentaire de 2 360 toujours bénéficiaires lui a été adjoint, le taux de réponse à ce premier pas du panel est donc de 81%), puis de nouveau 3 000 d'entre eux en septembre 1998 (attrition de 12%). Il s'agit donc d'une enquête longitudinale sur neuf mois, dont l'objet principal concernait la reprise d'emploi (on l'appelle parfois enquête sur les sortants du RMI, même si 60% des enquêtés sont encore au RMI en septembre 98). Des questions sont cependant posées aussi sur l'état de santé et le recours aux soins.

En janvier 1998, les enquêtés ont été interrogés sur leur renoncement au cours des douze derniers mois (report d'une consultation ou problèmes de dents, vue ou autres mal soignés pour raisons financières), leurs problèmes de santé, et ce qu'ils savent de leur couverture (en théorie, tous ont droit à l'AMG).

La comparaison avec la population générale montre que le renoncement est significativement plus prononcé chez les bénéficiaires du RMI : 17% de l'échantillon dit avoir renoncé pour des raisons financières à une consultation (en 1998, selon l'enquête ESPS, 5% des adultes déclaraient avoir renoncé dans les douze derniers mois à aller consulter un médecin ou faire des examens pour motifs financiers, Bocognano et al., 1999), 23% a renoncé pour des problèmes dentaires (12% d'après ESPS), 16% optiques (4% d'après ESPS) et 7% pour d'autres problèmes (Blanpain et Eneau, 1999).

Les EPG sur ménages ordinaires sont souvent mal équipées pour traiter de la population spécifique des bénéficiaires du RMI, qui ne représentent que 2,8% de la population. Il serait donc intéressant de comparer les résultats de l'enquête RMI aux effets structurels estimés sur les enquêtes comme ESPS entre revenu ou éducation et renoncement, afin de savoir si le RMI entraîne un impact particulier sur le renoncement (sélectionne une population particulière) ou n'est que le prolongement de la tendance générale observée sur les non RMIstes. Une telle analyse devrait cependant tenir compte du fait que la variable de « renoncement » résulte d'une question subjective, et exprime autant le sentiment de l'enquêté sur une frustration qu'un véritable souvenir d'un fait objectif de report de consommation. La littérature portant sur les variables subjectives est plutôt pessimiste quant à leur emploi comme variable expliquée dans les modèles comportementaux, ou à leur comparaison d'une enquête à l'autre (voir, sur ce thème, un résumé dans Bertrand et Mullainathan, 2001).

L'enquête RMI permet de distinguer sortants du RMI et toujours bénéficiaires : il y a peu de différences sur le renoncement aux soins entre ceux qui continuent à percevoir le RMI en janvier 98 et ceux qui ne le perçoivent plus depuis 8 mois et plus, ces derniers déclarant d'un côté moins de problèmes de santé, mais déclarant aussi être moins bien couverts : à déclaration identique de couverture (deux catégories sont distinguées : mutuelle ou AMG d'une part, Sécurité sociale seule ou ne sait pas d'autre part), les sortants renoncent significativement moins, mais l'effet de structure sur le mode de couverture perçu conduit à des taux moyens identiques. On fournit ci-dessous un exemple, concernant le report d'une consultation.

Proportion d'enquêtés déclarant avoir reporté une consultation de médecin pour raison financière au cours de l'année 1997, enquête de janvier 98 auprès de 3 400 personnes ayant bénéficié du RMI en décembre 96

Situation RMI / couverture	CC ou AMG	Sécurité sociale seule ou NSP	Ensemble
Perçoit toujours	14.3	34.0	17.0
Ne perçoit plus depuis 8 mois au moins	12.1	25.4	16.4

Guide de lecture : 14,3% des enquêtés déclarant bénéficier du RMI en janvier 98 et couvert par l'AMG ou une mutuelle (CC) ont déclaré avoir reporté une consultation auprès d'un médecin en 1997 pour raisons financières

Blanpain et Eneau ne publient pas les renoncements pour ceux qui ont cessé de percevoir le RMI depuis moins de 8 mois, mais l'information existe dans l'enquête. Leur conclusion est que la perte d'affiliation automatique à l'AMG augmente le renoncement, donc limite l'accès.

Lefèvre (1999) souligne qu'on ne peut utiliser cette enquête en longitudinal sur l'aspect « couverture maladie » car la question n'a été posée qu'en janvier 98. En comparant le type de couverture déclaré à l'enquête selon le croisement âge – diplôme – statut face au RMI (toujours bénéficiaire ou ex bénéficiaire), elle montre que le statut est plus discriminant que les deux autres caractéristiques : ce qui modifie principalement la couverture maladie perçue, c'est le fait de percevoir ou non le RMI, à âge et diplôme donné. On peut donc penser que l'effet d'hétérogénéité des sortants n'est pas massif pour expliquer les différences, et interpréter la différence à un instant donné entre population des sortis et population des toujours bénéficiaires comme une bonne approximation de l'effet de la sortie du RMI. Il y aurait alors un réel problème d'accès aux soins par manque ressenti de couverture au moment de la sortie de ce dispositif.

Outre les sortants qui pensent perdre leurs droits AMG, l'enquête « RMI » révèle aussi une méconnaissance de leurs droits par 10% environ des bénéficiaires du RMI. L'article de Lefèvre permet de comparer sur ce point la situation en 1998 à celle de 1995, à travers deux enquêtes différentes, et moyennant un travail de « correction » des différences de questionnement et de sélection des enquêtés. L'enquête du CREDOC (Aldhégi, 1996) sur 900 personnes entrées au RMI au premier semestre 1995 et interrogées en juin 1996 pointait un pourcentage supérieur de 10% environ d'enquêtés s'estimant mal couverts (Sécurité sociale seule).

Enfin, Lefèvre souligne que la fréquence des contacts avec les services sociaux améliore la connaissance des bénéficiaires du RMI sur leur couverture AMG au delà de la Sécurité sociale seule.

La question « renoncement » est-elle aussi posée en septembre 98, ce qui permettrait de mesurer l'impact de la perte de RMI sur le renoncement, en longitudinal en contrôlant l'hétérogénéité individuelle ? A priori, il semble que non (en tous cas, elle n'est pas exploitée dans les sorties INSEE).

### **6.3.2.2. Enquête nationale sur la santé et les soins médicaux (ESSM)**

Cette enquête décennale, organisée par l'INSEE en collaboration avec le CREDES met en évidence les évolutions de la société en matière de couverture sociale, de consommation médicale et de morbidité ressentie. Elle a déjà été menée auprès de ménages ordinaires de France métropolitaine à quatre reprises : 1960-61, 1970-71, 1980-81 et 1991-92, et une cinquième édition, 2001-2002, est actuellement en cours de réalisation. L'ESSM a pour objectif, à partir d'un échantillon représentatif de la population, de connaître les différentes consommations médicales ainsi que leurs caractéristiques et d'évaluer l'état de santé des individus. La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de soins. Chaque ménage enquêté est suivi pendant 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur, espacées de 3 semaines ; entre les visites, le ménage remplit un carnet de soins.

A partir des données recueillies, auprès de 21 500 individus appartenant à plus de 80000 ménages en 91-92, les principaux thèmes analysés sont les suivants :

- Dépenses médicales (services de santé et biens médicaux) selon l'âge, le sexe, la PCS., le niveau d'étude, le mode de couverture sociale des individus, le revenu, la taille des ménages, la région de résidence (pourcentage de consommateurs, actes, dépenses).
- Financement des dépenses médicales (débours, sommes à la charge de la Sécurité sociale, des organismes complémentaires d'assurance-maladie, des ménages).
- Acquisitions pharmaceutiques (prescrites et non prescrites) par classes thérapeutiques et modes de conditionnement (en valeur et en volume).
- Morbidité déclarée et indicateurs de santé (invalidité, risque vital).

L'ESSM a permis la réalisation de différents travaux mettent en évidence des différentiels de recours aux soins et d'état de santé dans la population française à une période donnée. Dans un optique d'évaluation elle permet également d'analyser les évolutions des caractéristiques de la population française au cours du temps pour chacun de ces thèmes. Mizrahi et Mizrahi (1997) révèlent qu'entre 1980 et 1991, tout comme de 1960 à 1980, les disparités liées à l'âge et au sexe se sont accrues, le poids des plus de 60 ans dans les dépenses de santé devenant de plus en plus important. Le profil des courbes de consommations médicales en fonction de l'âge s'est donc creusé, entraînant une augmentation des disparités démographiques. Contrairement à l'évolution de 1970 à 1980, les disparités liées aux facteurs socio-économiques ont augmenté pour les dépenses de soins de ville : la consommation des groupes socialement favorisés s'est accrue plus vite que celle des groupes socialement défavorisés. En revanche, les dépenses hospitalières ont compensé ce phénomène et le plus souvent, les disparités liées aux facteurs socio-économiques des dépenses médicales totales (=dépenses de soins de ville + dépenses hospitalières) ont baissé de 1980 à 1991.

Au-delà de l'observation des dépenses, Mormiche (1995), présente une analyse de l'évolution des disparités d'accès aux soins au cours des années 80 . Il constate d'une part une progression globale des recours préventifs aux médecins (examens de santé volontaires ou obligatoires, vaccinations, contraception), du même ordre que l'accroissement de l'ensemble des recours, tous motifs confondus, et d'autre part, une modération des inégalités entre milieux sociaux : les écarts de recours aux médecins selon le milieu social se sont réduits, à âge et sexe comparables et les disparités en matière d'hospitalisations sont toujours plus importantes que celles de soins de ville.

L'enquête sur la santé et les soins médicaux permet dans une moindre mesure d'aborder le thème de la prévention. Flourey (1994) s'est particulièrement intéressée à l'évolution de la contraception. En comparant les résultats de l'enquête de 1980 à celle de 1991-92, elle observe que la contraception orale s'est banalisée et que la médicalisation de la contraception orale favorise incontestablement le dépistage du cancer du col de l'utérus, en revanche elle ne semble pas jouer pleinement son rôle en matière de lutte contre la consommation simultanée de pilule et de tabac : en effet, plus d'une utilisatrice de contraceptifs hormonaux sur trois fume, malgré les risques graves de maladie cardiovasculaire.

Afin de décrire les évolution manifestes au cours des années 90 les fichiers de l'enquête 2001-2002 permettront de conduire le même type de travaux, par comparaison avec les fichiers de l'enquête 1991-92. Toutefois, nous pouvons souligner trois limites propres à l'exploitation de telles données. Premièrement, lorsque l'on zoome sur un sujet pointu tel que la contraception, la consommation d'alcool ou de tabac, on se heurte à la petitesse de l'effectif obtenu. Deuxièmement, l'enquête ne durant que trois mois, c'est un facteur limitant pour étudier des événements rares concernant un individu donné tels que le dépistage de cancer. Enfin de par son caractère décennal, la période séparant chaque enquête représente un saut important qui ne permet pas de rapporter les évolutions observées à des actions spécifiques et datées.

## Enquête sur la santé et les soins médicaux : indicateurs d'intérêt

	1991-92	2002-2003
<b>Recours</b>		
Carnet de soins	3 mois	2 mois + recours sur les 12 derniers mois
<b>Renoncement</b>		
	Non consultation ophtalmo, dentiste ou pour varices alors que trouble (réfèrent du ménage seulement)	
	Raisons proposées = coût, attente, distance, pas besoin (individu Kish seulement)	
<b>Facteurs de l'accès</b>		
Motif 100% Sécu	X	X
AMG o/n	X	(CMU)
CC o/n	X	X
Mode obtention	Obligatoire ou libre choix	X
Opinion (à tous, même non couverts) : la mutuelle donne le 100%	X	
Remb. Spé si > 38E		X
Consultation de p.s par téléphone (quel p.s)	X	
P.s parmi proches (quel p.s)	X	
<b>Etat de santé</b>		
Liste des 27 maladies + année début + traitement reçu 12 derniers mois	X (format 1990 sqq. de ESPS, cf. ci-dessous)	Sans liste, déclaration spontanée
Difficultés vie quotidienne : Filtre : existe-t-il handicapé, si oui : conséquence sur déplacement	X	X
Kish seulement : difficultés déplacement, toilette, vision, audition,	X	X
Poids, taille	X	Poids max et min dans la vie, perte de 5 Kg. Ou plus
Etat des dents		X
Tabac	X	X (auto-administré)
Alcool	X	X (auto-administré)
Examen de santé réalisés pendant durée de l'enquête	X	X
Note subjective	réfèrent du ménage seulement	Tous
A du modifier son activité pour raisons de santé	X	
Questionnaire anxiété	réfèrent du ménage seulement	Tous (auto-administré)
<b>Facteurs de contrôle</b>		
Etudes	X	X
Revenu	X (tranches)	X (en clair)
Nationalité(s) de tous les membres du ménage	X	X

### 6.3.2.3. Enquête nationale sur la santé et la protection sociale (ESPS)

L'Enquête Santé, Soins et Protection Sociale (ESPS) est réalisée auprès des ménages ordinaires, les personnes sans domicile fixe ou vivant en institution ne sont pas interrogées. Chaque année depuis 1988, et tous les deux ans à partir de 1998, les données issues de l'ESPS permettent de dresser le bilan de l'état de santé, du recours aux soins et du niveau de protection sociale des Français selon leurs caractéristiques individuelles. 20 000 personnes appartenant à 7 000 ménages ont été interrogées en 2000. Les assurés dont on a trouvé les coordonnées téléphoniques sont enquêtés par téléphone, les assurés pour lesquels les coordonnées téléphoniques n'ont pu être trouvées sont enquêtés en face à face. Recueillies à l'aide d'entretiens, de questionnaires auto-administrés ainsi que d'un carnet de soins à remplir pendant 30 jours, les données collectées permettent ainsi d'analyser les thèmes suivants :

- Les modes de protection sociale (obligatoires et facultatifs)
- Les maladies et les troubles de santé déclarés
- Les recours au médecin et la consommation de biens médicaux
- L'hospitalisation
- Le renoncement aux soins et les opinions sur la santé

La comparaison des deux enquêtes SSM et SPS effectuée par Dumesnil et Lebreton (1995) montre des résultats relativement proches toutefois, il est probable que la consommation médicale soit sous-estimée l'enquête SPS (les diverses visites d'enquêteurs de l'ESSM permettent de vérifier le bon remplissage du carnet de soins). Cependant, l'ESPS a été conçue de façon à ce que les données puissent être appariées à une autre source de données : les Echantillons Permanents d'Assurés Sociaux (EPAS) des trois grands régimes de l'Assurance Maladie, CNAMTS, CANAM et MSA. Pour la plupart des assurés principaux et de leurs ayants-droits cohabitants ayant participé à l'enquête l'appariement permet ainsi d'enrichir les données d'enquête par des données administratives : les prestations relatives à tous les remboursements et versements relatifs à la consommation dans le secteur ambulatoire et hospitalier pour une année donnée. Des analyses assez fines de la consommation médicale selon les caractéristiques individuelles peuvent ainsi être réalisées.

Chaque année les résultats de l'enquête décrivent l'état de santé et la consommation médicale des personnes interrogées, et cherchent à mettre en évidence les facteurs agissant sur le comportement des individus. En outre les questionnaires sont régulièrement modifiés de façon à traiter des thèmes précis. Ainsi en 1998, un questionnaire spécifique sur l'asthme a été incorporé au questionnaire santé. En 2000 les nouvelles questions portent notamment sur le comportement des femmes concernant le recours à la mammographie et aux examens gynécologiques, ainsi que les tentatives d'arrêt du tabac. Le rapport de l'ESPS 2000 (Auvray, Dumesnil, le Fur) permet également de faire un premier état des lieux quelques mois après le début de la mise en place de la CMU.

De par sa fréquence l'ESPS rend ainsi possible la combinaison de données individuelles et des résultats monographiques décrivant les politiques d'accès d'une période ou d'une zone géographique donnée. Toutefois, deux limites doivent être mentionnées. Il s'agit tout d'abord de la taille réduite des échantillons lorsque l'on définit un champs précis, les bénéficiaires de la CMU ou les résidents du département de la Haute-Vienne, par exemple. En outre se pose le problème de la comparabilité des résultats d'une année sur l'autre du fait de la variabilité de la structure des populations interrogées. Une étude de Bonnet, Naudin et Sitta (2001) montre la nécessité de distinguer les effets structure des effets comportement lorsque l'on cherche à comparer les résultats obtenus au cours des différentes enquêtes. Les auteurs mettent en évidence le changement de structure des populations interrogées lors des ESPS 1995, 1996, 1997 et 1998. S'intéressant plus particulièrement à la consommation de produits pharmaceutiques, ils concluent que l'évolution observée du taux de consommateurs entre 1995 et 1998, est réellement expliquée par un changement de comportement dans la décision de consommation et que l'effet structure n'a pas d'impact. Par contre, l'évolution observée de la dépense

mensuelle moyenne sur cette période semble uniquement expliquée par un effet structure et révèle ainsi la stabilité des comportements.

Bien que nécessitant une méthodologie adaptée à la prise en compte des fluctuations d'échantillons, les comparaisons temporelles des résultats de l'ESPS constituent un outil de suivi des modifications de comportement des différents consommateurs de soins à exploiter. Les variables d'intérêt à retenir concernent bien sûr le recours aux soins et l'état de santé ; le taux de renoncement à des soins, et l'étude de son évolution est également un indicateur potentiel de l'impact des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins.

Le tableau suivant récapitule les indicateurs d'intérêt de cette enquête et précise les éventuelles modifications d'intitulés au cours du temps.



### Enquête santé, soins et protection sociale : indicateurs d'intérêt

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002
Recours													
Carnet de soins	3 semaines	X	1 mois	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Ajout motif	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Renoncement (questions posées à l'enquête seulement)													
Remboursement trop faible	Toute la vie	X	X	X	X	X	+12 derniers mois	+ motif avance de frais	Pour raison financière				+ pour enfants
Si oui, quels soins	En clair	X	X	X	X	X	3 soins	X	X	X	X	X	X
Report ou renoncement									X	X	X	X	X
Alternative									X	X	+ détaillée		
Report pour payer									X	X	X	X	
Facteurs de l'accès													
Motif 100% Sécu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
AMG o/n	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(CMU)
CC o/n	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mode obtention		Entreprise ou directement	X	X	X	Ajout facult. ou obli	X	X	X	X	X	+ détaillé dans QCC	X
Avis sur remb CC {	X	Ajout « pas du tout »	X	X	X	X	X	X	Dans QCC	X	X	X	X
Remb FH								X			X		
Remb Spé								X			X	X	X
Avis subjectif coût CC (enquête seul)										X	X	X	X
Pourquoi pas CC ?										X	X	X	X
Raison perte CC											X	X	X
Source habituelle de soins (MG de famille)	X	X	X	X	X	X	X					X (dans QS)	X
Si oui, distance #	X	X	X	X	X								

Si oui, dépassement ?	X	X	X	X	X	X	X						
Satisfaction relations avec MG habituel									X	X			
Satisfaction explications MG habituel									X	X			
Etat de santé ~													
Liste des 27 maladies + année début + traitement reçu 12 derniers mois	X	X	Changemts intitulés (1)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Difficultés vie quotidienne (déplacer, toilette)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Poids, taille			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Etat des dents	X	X	Changemt intitulé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Tabac	X	X	Changemt intitulé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alcool	X	X	X	X	X	X	X						
Examen de santé &			X	X									
Note subjective					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Facteurs de contrôle													
Etudes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revenu	tranches	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	continu	X
Nationalité (enquête seulement)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

{ sur lunettes, prothèses dentaires, et soins de spécialiste – totalement, bien, moyennement, mal, très mal

# < 500 m, 500-1km, 1-5km, > 5km

~ attention aux variations du taux de non réponses sur le questionnaire santé

& a été convoqué + est allé

(1) les changements concernent les maladies des reins et les troubles de la vue.

Ligne de la liste	Intitulé 88-89	Intitulé 90 sqq.
14	Insuffisance rénale, calculs urinaires, cystite	Calculs urinaires, cystite, maladie des reins

20	Myopie, presbytie, cataracte, troubles de la vue	Myopie, presbytie, strabisme, glaucome, cataracte
----	--	---

*Nota : il s'agit d'une liste indicative, « pour aider à répondre », l'enquêté doit indiquer le nom de la maladie en clair en regard de la grande catégorie figurant sur la liste.*

Deux questions posées en 2000 et 2002 : date du dernier examen gynécologique et de la dernière mammographie

#### **6.3.2.4. Baromètre Santé**

Afin de mieux appréhender les attitudes, les comportements et les connaissances des Français en matière de santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a mis en place, à partir de 1992, la série des Baromètres santé, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le Haut Comité de la santé publique (HCSP), la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Jusqu'à présent, les Baromètres santé ont porté sur quatre populations différentes : les adultes (18-75 ans), les jeunes (12-19 ans), les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. En 200, 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans ont été interrogées.

L'objectif premier de cette série d'enquête est de concevoir et d'alimenter régulièrement une base de données sur les connaissances, les attitudes et les comportements des Français en matière de santé. De nombreux sujets traités dans les Baromètres santé sont liés aux campagnes de promotion et d'éducation pour la santé, menées par le CFES en partenariat avec la CNAMTS et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité : la prévention en général, mais aussi la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites, les vaccinations, l'usage de médicaments, les accidents de la vie courante, les cancers, le sport, la nutrition, etc. Ces enquêtes multithématiques permettent de mieux définir les objectifs des programmes nationaux de prévention, d'orienter des études spécifiques quantitatives ou qualitatives et d'engager, en matière de prévention et d'éducation pour la santé, des actions de terrain plus ciblées sur des types de populations ou dans certaines régions.

*Baromètre Santé 95-96 adultes* (Baudier, Dressen, Grizeau, Janvrin, Warszawski, Allemand, 1997) présente pour la troisième fois les résultats de l'enquête, réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2 000 adultes de 18 à 75 ans. Une approche populationnelle a été privilégiée pour les seniors (60-75 ans) et les personnes vivant en milieu rural. Deux ans plus tard, en 1998, l'enquête est axée plus particulièrement sur la santé des jeunes, scolarisés ou non. Plus de 4000 adolescents de 12 à 19 ans, répartis sur l'ensemble du territoire national, ont été interrogés dans leur foyer, après tirage au sort de leur numéro de téléphone. *Baromètre santé jeunes 97/98* (Arenes, Baudier, Janvrin, 1998) livre les principaux résultats de cette enquête, et aborde les connaissances, opinions, attitudes et comportements des 12-19 ans aux grands thèmes de santé qui les concernent : nutrition, sport, sexualité, violence, suicide, accidents et consommation de tabac, d'alcool ou de cannabis.

Par ailleurs l'enquête apporte un éclairage complémentaire sur la prévention en interrogeant les médecins généralistes afin de répondre aux questions suivantes : Quelle place l'éducation du patient occupe-t-elle dans l'activité actuelle du médecin généraliste ? Quel rôle entend-il jouer dans le dépistage des cancers ? Se sent-il personnellement efficace pour agir en prévention ? A l'époque où de vastes débats ont lieu sur le rôle et la place du médecin dans le dispositif de prévention, *Baromètre Santé 98/99 médecins généralistes* (Arenes, Baudier, Guilbert, Gillot, 1999) analyse et commente les réponses de 2000 généralistes. Les principaux thèmes abordés sont : leurs pratiques préventives, leurs opinions et leur comportement personnel en matière de santé, le dépistage des cancers, du VIH et de l'hépatite C, les vaccinations, la prise en charge et le traitement des problèmes d'addiction, les relations avec le patient âgé.

Dans la continuité, en 2000, l'accent a été mis sur la vaccination rougeole, oreillons rubéole, et l'ancienneté de l'enquête commence à être exploitée dans une perspective évolutive. D'après *Baromètre Santé 2000 Résultats Volume 2* (Guilbert, Baudier, Gautier, 2002), la part des parents ayant systématiquement fait vacciner tous leurs enfants âgés de 1 à 6 ans révolus, a significativement augmenté entre 1995 et 1999, elle passe. Par contre l'évolution observée entre 1993-1995-1999 ne se révèle pas significative. Une analyse comparative en matière de dépistage de cancers féminins est également présentée. Elle révèle une augmentation importante du nombre de femmes ayant entre 50

et 69 ans qui ont bénéficié d'une mammographie au cours des trois dernières années. Les auteurs soulignent que les campagnes avaient motivé la décision de réaliser une mammographie dans 6,4% des cas en 1992, et 11,4% en 1999. Ce résultat illustre la montée en charge des programmes de dépistage au cours des années 90.

A partir des données disponibles, une telle analyse pourrait être menée dans d'autres domaines de la prévention, et mises en relation avec la datation des campagnes de prévention publique. Au niveau géographique, il est également envisageable de combiner des données individuelles des résultats monographiques décrivant les politiques d'accès de la zone : en 1999, des enquêtes jeunes ont été menées dans 5 régions en particulier : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de Loire, Picardie, Poitou-Charentes.

L'enquête en population générale a déjà été menée à quatre reprises :

- en 1992 auprès de 2 099 personnes, âgées de 18 à 75 ans ;
- en 1993 auprès de 1 950 personnes, âgées de 18 à 75 ans ;
- en 1995 auprès de 1 993 personnes, âgées de 18 à 75 ans ;
- en 2000 auprès de 13 685 personnes, âgées de 12 à 75 ans.

Il faut préciser qu'à la différence des enquêtes ESPS et SSM, le Baromètre Santé ne fait participer à l'enquête qu'une seule personne par ménage.

En outre, en 2000, cinq sur-échantillons régionaux ont été constitués dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé :

- en Alsace auprès de 1 237 personnes,
- en Nord-Pas-de-Calais auprès de 1 038 personnes,
- en Pays de Loire auprès de 1 091 personnes,
- en Picardie auprès de 1 267 personnes,
- en Poitou-charentes auprès de 1 0332 personnes.

Le questionnaire utilisé est le même pour l'échantillon national et les échantillons régionaux. Le tableau suivant présente les principaux indicateurs d'intérêt recueillis au cours des différentes enquêtes.

### Baromètre santé : indicateurs d'intérêt

Thème	Variable	Disponibilité
Etat de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception subjective</li> <li>- Profil de santé de Duke</li> <li>- Global Health Questionnaire de Goldberg</li> <li>- Est atteint :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'une maladie cancéreuse</li> <li>• d'insomnie, dépression, nervosité, maux de tête</li> <li>• liste élargie de maladies chroniques</li> <li>• d'un handicap</li> </ul> </li> </ul>	1992, 1993, 1995 1995, 2000 1995, 2000 1992, 1995, 2000 les 4 années 1995, 2000 2000
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'hospitalisations sur les 12 derniers mois</li> <li>- A un médecin habituel</li> <li>- Nombre de consultations sur les 12 derniers mois :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• généraliste</li> <li>• spécialiste</li> <li>• psychiatre, psychothérapeute, psychologue, psychanalyste</li> <li>• homéopathe</li> <li>• liste élargie de spécialités</li> </ul> </li> <li>- Traitement médical en cours</li> <li>- Consommation de médicaments :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• la veille</li> <li>• au cours des 7 derniers jour</li> <li>• somnifères, tranquillisants, d'homéopathie</li> <li>• médicaments contre la douleur *</li> </ul> </li> </ul>	1992 1992 les 4 années 1992, 1993 1993, 1995, 2000 1995, 2000 2000 1992, 1993 1992 1993, 1995 1993, 1995, 2000 1995, 2000
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mammographie (date, par qui, pourquoi)</li> <li>- Frottis (date, par qui, pourquoi)</li> <li>- Test de dépistage du sida sur 12 derniers mois</li> <li>- Dépistage cancer du colon</li> <li>- Vaccination ROR des enfants, sinon intention</li> </ul>	Les 4 années 1992, 1995, 2000 1993, 1995, 2000 2000 les 4 années
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportement tabagique, tentative d'arrêter</li> <li>- Consommation d'alcool</li> <li>- Consommation de drogues illicites</li> </ul>	les 4 années les 4 années les 4 années
Facteurs de contrôle	Sexe Année de naissance Situation matrimoniale Taille du ménage Dernier diplôme obtenu Situation professionnelle Nationalité	les 4 années
	Tranche de revenu du ménage Poids et taille Taille de l'agglomération et Département	1995 et 2000 2000 les 4 années

\* En 2000 le questionnaire a été enrichi de façon à aborder en détail le thème de la douleur et de sa prise en charge.

## 7. Conclusion sur les données disponibles

Sur la base des questionnaires, on détermine les sous populations particulières auxquelles on pourrait s'intéresser, et ayant fait l'objet de dispositifs particuliers pour favoriser l'accès aux soins ou à la prévention. On utilise, pour déterminer ces sous populations, les chapitres de politiques relevés par le document jumeau du LAPSS.

Le tableau suivant présente les sous populations qu'il est possible d'étudier à partir des trois enquêtes en population générale (EPG) (possibilité matérielle d'effectuer le repérage de la sous population et effectif attendu) :

**Sous-populations et effectifs correspondant dans les EPG**

	<b>ESPS</b> (N d'après 97)	<b>ESSM</b> (N d'après 91-92)	<b>Baromètre santé</b> (N d'après 2000)
<b>Bénéficiaires d'AMG</b>	N=350	N=200	Non renseigné
<b>Bénéficiaires d'une Carte Santé</b>	Non renseigné	N=400	Non renseigné
<b>Bénéficiaires de la CMU</b>	2000 seulement	2002-03 seulement	Non renseigné
<b>Bénéficiaires d'un Pass</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Bénéficiaires d'un PRAPS</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Bénéficiaires d'un Fonds d'Urgence Sociale</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Jeunes (18-24 ans)</b>	N=1500	N=2800	N=1500 + 5 sur-échantillons régionaux en 2000
<b>Bénéficiaires d'une Politique de la ville</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Détenus</b>	Non (hors EPG)	Non (hors EPG)	Non (hors EPG)
<b>Sourds</b>	N=500	N=400	Connus en 2000 seulement

<b>Handicapés</b>	400 environ sont « activité réduite ou ralentie »	400 environ sont « activité réduite ou ralentie »	1995 – 2000 – effectifs a priori faible en 1995 (80 environ)
<b>Bénéficiaires d'un PRS</b>	Non renseigné	Non renseigné	En 2000 seulement
<b>Bénéficiaires d'un SROS Psy</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Bénéficiaire du RMI PDI</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Urgences sanitaires chez les généralistes</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Médecine scolaire</b>	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
<b>Centres d'examens de santé</b>	Une question, en 1990 et 91	Seulement recours pendant durée enquête	Non renseigné
<b>Personnes âgées (65 ans et plus)</b>	N=800	N=2600	N=1100
<b>Pauvres</b>	N=1000	N=1800	Effectifs trop faibles pour les plus pauvres
<b>Prévention</b>	Non renseigné	Non renseigné	Frottis et mammographie, N=6500 femmes *

\* un recoupement postérieur à l'enquête a permis de déterminer si les personnes interrogées résident dans un département ayant mis en place une campagne de dépistage.

En ce qui concerne l'enquête SPS, il faut préciser que toutes les questions ne sont pas posées à tous les membres du ménage, ou ne sont pas renseignées pour tous. Seul l'enquêté principal répond aux questions d'opinion ou sur le renoncement aux soins, tous ne complètent pas le carnet de soins (du ménage) ou le questionnaire santé (individuel). Le tableau présente la taille des échantillons disponibles pour l'étude des différentes sous-populations, d'après les résultats de l'enquête ESPS 1997.



## Détail des échantillons disponibles pour l'étude des différentes sous-populations, ESPS 1997

	Enquête principal	Carnet de soins	Questionnaire santé
<b>Jeunes (15-24 ans)</b>	340	1130	1120
<b>Personnes âgées (65 ans et plus)</b>	390	700	900
<b>Bénéficiaires AMG</b>	120	250	280
<b>Difficulté à se déplacer</b>	200	360	400
<b>Première tranche de revenu par UC</b>	200	550	600
<b>Deuxième tranche de revenu par UC</b>	320	870	990
<b>Sourds</b>	250	400	470

Les questions posées à l'enquête principal (renoncement, principalement, et source de soins habituelle) peuvent être utilisées pour les jeunes, les pauvres (deux première tranches, soit 520 personnes) et, plus difficilement, les sourds. Pour les bénéficiaires de l'AMG ou les personnes ayant des difficultés à se déplacer, il y a moins de 200 enquêtés principaux. Les inégalités de recours aux soins pourront être utilisées pour la population des jeunes, les pauvres, les AMG et des handicapés (personnes ayant du mal à se déplacer).

Enfin, le travail sur l'état de santé pourra se faire sur toutes les sous populations.

Sur les bénéficiaires d'AMG, ou, plus généralement, le décile le plus pauvre, on peut mener un travail de comparaison des recours états de santé, des recours et renoncement, ainsi que des obstacles particuliers à l'accès aux soins (complémentaire, existence d'une source habituelle de soins).

En revanche, il sera toujours difficile de mener des analyses par niveau géographique sur ces sous populations, sauf à opposer les habitants des centres urbains aux autres, ou d'Ile de France et PACA contre le reste de la France.

On peut travailler sur ESPS (ou ESSM quand 2002-03 sera disponible) sur les jeunes (en renoncement, recours et état de santé<sup>18</sup>), les pauvres (idem) et les sourds (idem). On peut utiliser la même enquête pour mesurer la variation d'accès aux soins chez les bénéficiaires d'AMG et les handicapés (difficulté à se déplacer) en se référant aux approches « état de santé » et « inégalités de recours », mais pas l'approche directe par les obstacles à l'accès aux soins.

Enfin, le Baromètre Santé peut être utilisé pour mesurer l'évolution dans le temps de l'accès à la prévention selon le revenu ou le niveau de diplôme.

---

<sup>18</sup>

*les réponses des enfants au domicile des parents sont moins fiables ; les autres sont sous représentés.*

Outre ces analyses centrées sur l'évolution dans le temps de certains indicateurs d'inégalités de recours aux soins, de mesures directes d'obstacles (qualité des soins) et d'état de santé, à partir d'EPG, on peut aussi mener des analyses de l'évolution de l'accès aux soins à partir des éléments suivants :

- Variation dans le temps (ou par région si effectifs suffisants) des examens de santé (poids et caractéristiques des nouveaux nés à la naissance, autres ?) ; on ne pourra vraisemblablement pas mener d'analyse du gradient social à partir de ces données, nécessairement partielles sur la population ;
- Etudes d'évolutions dans le temps du degré de la variabilité des pratiques médicales liée au caractéristiques non médicales du patient à partir des fichiers IMS ou assimilés ; rappelons cependant que, dans ces fichiers, le statut social est mal repéré, ce qui limite l'utilisation.
- Quelques expériences naturelles : devant le peu de retours à notre demande d'information sur des études locales d'implantation de dispositifs spécifiques d'accès (notamment par l'assurance, type carte santé), on peut se tourner vers l'estimation de l'impact de la CCMU sur le recours aux soins, en longitudinal sur l'EPAS

## Bibliographie

---

- Arènes, J., F. Baudier, J.-P. Moatti**, 1996, « Le métier de généraliste et la prévention » *Baromètre santé 94/95 médecins généralistes*, CFES, 54-74
- Aubert, J.-P., H. Falcoff, P. Florès, et al.**, 1995, « Dépistage mammographique individuel du cancer du sein », *Revue du praticien Médecine générale*, 9, 300, 40-51
- Azoguy, S., P. Lombrail, C. Pirlet, M. R. Barel et M. Brodin**, 1996, « Paramètres associés à l'atteinte dentaire et au recours aux soins dentaires des enfants de six ans dans le Val-d'Oise en 1994-95 », *Archives de pédiatrie*, 3, supplément 1, 376-
- Bertrand, M. and S. Mullainathan**, 2001, « Do People Mean What They Say ? Implications for Subjective Survey Data », *American Economic Review*, 91(2): 67-72
- Bessin, Ch., D. Carel, V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier**, 1999, « Villes, campagnes, régions, Europe... Les champs du problème », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 29, pp. 23-25
- Bocognano, A., S. Dumesnil, L. Frérot, N. Grandfils, Ph. Le Fur, C. Sermet**, 1999, *Santé, soin et protection sociale*, rapport CREDES série résultats, 1282
- Brun, E., G. de Pourville, Ph. Ulmann**, 2001, « Le déni de soins aux personnes âgées en France », *Santé et Systémique*, 5(3) : 1-10
- Fromentin, R.**, 2000, « Démographie médicale et accès aux soins : une démarche exploratoire en Aquitaine, Franche-Comté et Languedoc-Roussillon », in *Actes du séminaire organisé par le Conseil Scientifique de la CNAMTS et le CREDES, 11 octobre 2000*, rapport CREDES 1341, pp.115-126
- Gasquet, I., O. Vallet, et B. Falissard**, 2001, *Adaptation au contexte français d'un outil générique de mesure de la satisfaction par rapport au système de soins*, note présentée à la DREES, avril
- Haut Comité de Santé Publique**, 1994, *La santé en France. Rapport général*, Documentation française
- Kakwani, Nanak, Adam Wagstaff, and Eddy van Doorslaer**, 1997, "Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference", *Journal of Econometrics*, 77:87-103
- Larosa, Emilio et Hervé Le Clésiau**, 2001a, *L'obésité : caractéristiques socio-biologiques*, CPAM de Seine Saint Denis, Centre de Prévention Sanitaire et Sociale.
- Larosa, Emilio et Hervé Le Clésiau**, 2001b, *Géographie de la santé en Seine-Saint-Denis*, CPAM de Seine-Saint-Denis, Centre de Prévention Sanitaire et Sociale.
- Launoy, G., X. le Coutour, M. Gignoux, D. Pottier, G. Dugleux**, 1992, « Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer », *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 46, pp.365-367
- Ledéser, B.**, 1999, *L'accès aux maternités en Languedoc-Roussillon*, ORS LR
- Lefèvre, C.**, 1999, « Couverture maladie et RMI : perceptions et réalités. Des résultats d'enquête », *Revue Française des Affaires Sociales*, 2 : 77-93
- Le Fur, Ph., V. Paris, H. Picard, et D. Polton**, 2000, « Les trajectoires des patients en Ile-de-France : l'accès aux plateaux techniques », *Questions d'Economie de la Santé*, 31, série résultats.

- Lucas-Gabrielli, V., N. Nabet et F. Tonnellier**, 2001, *Les soins de proximité : une exception française ?*, CREDES, 1354
- Lucas-Gabrielli, V., F. Tonnellier**, 1995, « Distances réelles d'accès et attraction », *IVème Colloque géographie et socio-économie de la santé*, 25, 26, 27 janvier 1995, CREDES
- Lombrail, P.**, 2000, « Accès aux soins », in Leclerc, A., D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski et T. Lang (direction), *Les inégalités sociales de santé*, pp. 402-18
- Mizrahi, An., Ar. Mizrahi**, 2001, présentation au séminaire CREDES
- ORS PACA**, 1992, *Accès aux soins des personnes démunies dans les Bouches du Rhône*, série de l'ORS
- Ringa, V., I. Jaussent, R. Guéguen, G. Bréart**, 1997, Evolution de la prévalence du traitement hormonal substitutif de la ménopause entre 1986 et 1993 dans l'est de la France. Influence des aspects culturels », *Gynécologie internationale*, 6, 338-42
- Touilly, V., B. Fernandez, A. Chicoye et A. L. Piard**, 2001, *Evaluation des besoins médicaux en France liés à 18 pathologies majeures*, LIR éditeur
- Üstün, T. B., S. Chatterji, M. Villanueva, L. B. C. Celik, R. Sadana, N. Valentine, J. Ortiz, A. Tandon, J. Salomon, Y. Cao, X. W. Jun, E. Özaltin, C. Mathers, and C. J. L. Murray**, 2001, *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001*, GPE Discussion Paper 37
- Ware, J. E., M. K. Snyder, W. Russell Wright, A. R. Davies**, 1983, "Defining and measuring patient satisfaction with medical care", *Evaluation and Program Planning* 6: 247-63

## **Conclusion du rapport commun CREDES - LAPSS : recommandations pour des analyses sur données existantes et propositions d'élaboration de données nouvelles**

---

L'analyse de littérature montre qu'il existe trois méthodes canoniques pour mesurer l'accès aux soins :

- La méthode, dite Andersen-Aday, consistant à mesurer les inégalités (sociales, géographiques, culturelles) de recours aux soins à état de santé donné
- La méthode, dite Donabedian, consistant à mesurer les obstacles à la qualité des soins (absence de source habituelle de soins, distance à cette source, délais d'attente, problèmes de continuité des soins etc.) et à rapporter ces obstacles à des caractéristiques individuelles (sociales, culturelles, géographiques, économiques)
- La méthode, dite IOM (Institute of Medicine), consistant à mesurer des années de vie ou de vie en bonne santé perdues, soit par référence à un idéal normatif, soit par référence au résultat obtenu par une catégorie sociale particulière ;

Ces méthodes peuvent être mises en œuvre sur des « expériences naturelles », c'est-à-dire des relevés d'observations individuelles effectués à l'occasion de l'implémentation d'un programme particulier (carte santé, PRAPS, campagne d'information sur la mammographie etc.), et comparant les bénéficiaires du programme à une population témoin (les mêmes individus avant le programme ou une population comparable mais non bénéficiaire). Ces évaluations locales présentent un grand avantage : le dispositif mis en place, et les conditions de son implémentation sont maîtrisés et on peut donc plus aisément rapporter les résultats observés (en matière de recours, de qualité des soins ou d'état de santé) aux éléments propres du programme. Notre première idée était donc de recenser ces analyses d'expériences naturelles, afin d'évaluer la faisabilité d'une méta-analyse des résultats locaux. Cependant, la revue de littérature publiée et l'appel à la littérature grise auprès de notre réseau de correspondants locaux (CPAM, ORS, URCAM, ARH, DRASS, Conseils généraux, Universités) ne nous a pas permis de collecter suffisamment d'études pour envisager une méta-analyse.

Nous nous sommes donc tournés vers les enquêtes en population générale, réalisées sur échantillons nationaux. L'idée générale de l'utilisation de telles enquêtes est la suivante : on mesure les variations dans le temps ou l'espace de l'accès aux soins (ou à la prévention), et on rapporte ces variations à la mise en place de programmes à des dates ou dans des zones particulières. L'examen des trois principales enquêtes disponibles (Santé, Protection Sociale du CREDES, Santé Soins Médicaux de l'INSEE, et Baromètre Santé du CFES) montre qu'on pourrait envisager de telles analyses sur les populations suivantes :

- Jeunes (15-24 ans)
- Bénéficiaires de l'AMG ou de la CMU
- Handicapés (personnes ayant une difficulté à se déplacer)
- Pauvres (au sens du revenu par unité de consommation)
- Sourds
- Personnes âgées

Dans les années 90, des programmes spécifiques d'accès aux soins sont documentés pour les populations suivantes :

- Volet santé du RMI
- La carte santé
- La couverture maladie universelle (CMU)
- Le fonds d'urgence sociale, la CASU
- La permanence d'accès aux soins de santé (Pass)
- Les Praps
- Les programmes régionaux de santé (PRS)
- Schémas régionaux d'organisation sanitaire en psychiatrie
- Santé en milieu pénitentiaire
- Les urgences sanitaire
- Les centres d'examen de santé
- Les programmes jeunes
- Les programmes nationaux
- Education et promotion de la santé
- La santé scolaire
- Toxicomanies
- Périnatalité et PMI
- Politique de la ville et santé
- Santé au travail

Au croisement de ces deux sources de connaissance, on peut donc mener des analyses secondaires de l'impact des dispositifs publics sur l'accès aux soins ou à la prévention dans les domaines suivants :

- Jeunes (15-24 ans)
- Bénéficiaires de l'AMG ou de la CMU
- Handicapés (personnes ayant une difficulté à se déplacer)
- Pauvres (au sens du revenu par unité de consommation)

Il reste une interrogation pour les programmes destinés aux sourds et aux personnes âgées qui n'ont pas été documentés par le Lapss à cause de l'ampleur du champ couvert. On peut néanmoins penser que ces deux thèmes ont conduit à une production importante d'informations ces dernières années.

Rappelons cependant que cette analyse en variations concomitantes ne fournit qu'une première indication de possibilité d'impact et certainement pas une mesure des relations causales existant entre un dispositif et un effet observé. Pour établir des résultats causaux, nous proposons ci-dessous un outil d'observation original, qu'on pourrait qualifier de méso-économique, et inspiré du Community Tracking Study de la Robert Wood Johnson Foundation (cette enquête est déjà présentée dans la première partie du rapport CREDES, pour plus d'informations consulter [www.icrst.umich.edu/hmca/cts.html](http://www.icrst.umich.edu/hmca/cts.html)).

Nous sortons ici du cadre de la commande proprement dite, mais nous avons le sentiment que seul un outil de cette nature permettra de répondre à la question de l'impact des dispositifs publics sur l'accès aux soins et à la prévention.

Une telle évaluation doit permettre de répondre à deux questions essentielles :

Comment le système de santé change-t-il ? Plus précisément comment les hôpitaux, les soins de ville, les professionnels ou les associations s'ajustent-ils au fil des réformes menées localement ? Quelles sont les forces en présence qui structurent l'offre de soin sur le terrain ?

Comment ces changements touchent-ils les gens ? Comment leur couverture sociale, leur accès aux soins, la qualité qu'ils perçoivent changent-ils au cours du temps ?

Les données recueillies devraient couvrir une dizaine de territoires dont chacun aurait au moins la dimension d'un secteur sanitaire, stratifiés en fonction de leurs caractéristiques socio-économico-politiques, de façon à fournir un échantillon représentatif des changements observés au niveau national.

Un point clé de ce dispositif d'enquêtes est la variété des sources d'information mobilisées dans une même communauté. Le fait de disposer de données issues des ménages, des médecins et des employeurs dans un même territoire permet aux chercheurs de suivre à la trace différentes formes d'accès aux soins, de services, apprécier leur qualité ainsi que les caractéristiques du système de santé local. Le fait de disposer de différentes sources de données provenant d'un même ensemble de territoires permet de relier les caractéristiques individuelles de la population aux caractéristiques du système de santé. La conduite de visites répétées dans les mêmes sites permet de comprendre en profondeur le système de santé local et d'interpréter les informations fournies par les enquêtes.

L'évaluation que nous proposons se donne pour objectif l'observation du changement du système de santé, l'étude doit donc être longitudinale, les données devraient être collectées tous les deux ans afin de détecter les changements observés dans chaque communauté étudiée.

#### Etude qualitative d'un territoire

Le système de santé de chaque territoire étudié devrait pouvoir être décrit à partir de 40 à 60 interviews menés localement par des équipes de 4 ou 5 personnes présentes sur place pendant quelques jours. Seraient interrogés responsables de l'assurance maladie, des hôpitaux, organisation des médecins, associations de consommateurs et responsables locaux de l'administration services territoriaux et élus. La composition de cet échantillon de personnes interrogées devrait respecter des quotas de répartition entre secteurs d'activité.

Les questions devraient porter sur chacune des politiques, priorités ou dispositifs décrits précédemment, à raison de 4 ou 5 questions par dispositif . Ainsi, seraient soulevées les questions relatives aux prestations offertes par les hôpitaux et médecins de ville , l'effet des politiques d'accès aux droits spécifiques, les soins délivrés aux plus démunis, les modes de décision collective dans l'application des politiques, l'effet des campagnes d'information locales, les changements organisationnels en cours de réalisation dans les établissements sanitaires, l'effet de l'intégration administrative par le développement de réseaux, les modes de gestion des soins, impact perçu de ces changements sur la population....

Pour chaque personne interrogée, un ensemble de modules d'enquête serait défini, afin d'ajuster les questions aux personnes enquêtées et de standardiser les champs couverts par l'enquête. Les réponses seront immédiatement consignées sur une base de données textuelle afin de rédiger des études de cas locales et des études thématiques transversales sur l'ensemble des territoires étudiés.

#### Etudes de population

Parallèlement seraient réalisées des enquêtes de population auprès des ménages, elles porteraient sur l'état de santé, la limitation dans les activités de la vie quotidienne, la couverture sociale, l'utilisation des soins de santé et la qualité des soins, le coût des soins restant à la charge des usagers, les actions ciblées vers un meilleur accès aux soins (Pass par exemple), la couverture locale en soins de santé mentale et en services pour toxicomanes, le bon usage des médicaments, la qualité de vie.

Auprès des médecins une autre enquête devrait permettre de connaître les spécialités offertes, le type de cabinet médical, le nombre de patients, les effets des dispositifs de gestion de médecine de ville (exemple : référent) , allocation du temps entre médecine de ville et autre activité médicale publique ou privée, la satisfaction par rapport à la carrière.

Auprès des employeurs, l'enquête porterait sur les droits complémentaires offerts à leurs employés et le coût des charges sociales.

Le résultat attendu serait de deux ordres :

- des monographies de cas qui étudieraient les politiques territorialisées et des études thématiques transversales aux sites, dès la première année)<sup>19,20</sup>
- des études de sensibilité de la population aux évolutions de politiques observées entre deux ou plusieurs observations<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> The community snapshots project march 1996Guinsberg, Facarios

<sup>20</sup> Community report (exemple) n°9 Health system change Summer 2001.

<sup>21</sup> Health affairs vol 17 n°4 1998 : How public policy affect local health care market



## **ANNEXE : Fiches de lecture des différentes études analysées et issues de la littérature publiée**

---

### PREVENTION

- Bucco-dentaire

Fiche 1 Prévalence de la carie dentaire chez l'enfant avant et après un programme de prévention en Seine-Saint-Denis. 91

Fiche 2 Résultats des enquêtes qualitative et quantitative sur la prévention bucco-dentaire en PMI et crèches : 1992-1993. 92

Fiche 3 Evaluation médicale de la prévention bucco-dentaire conventionnelle en Rhône-Alpes93

- Dépistage de cancers

Fiche 4 Dispositifs d'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus : réflexions à partir de l'expérience martiniquaise. 94

Fiche 5 Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999 95

Fiche 6 Le dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Bas-Rhin. Bilan de quatre ans et demi de campagne EVE. 96

Fiche 7 Le programme "action femme santé" dans trois communes de l'agglomération lyonnaise. 97

Fiche 8 Programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et colon-rectum destiné aux femmes de 50 à 69 ans en Isère. 98

Fiche 9 Contraception orale, tabac et prévention. Les Français et leur santé : enquête 1991-1992. 99

Fiche 10 Dépistage des cancers 100

- Péri-natalité

Fiche 11 La périnatalité en Midi-Pyrénées. 101

Fiche 12 A propos de la mort subite du nourrisson. 102

- Sida

Fiche 13 Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au SIDA : résultats de l'enquête 1992. 103

Fiche 14 Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999). 104

Fiche 15 « La double contrainte » de la communication publique sur le SIDA : un enjeu réussi105

- Vaccination

Fiche 16 Bilan de la campagne 1992 de la vaccination antigrippale. 106

Fiche 17 Vaccination : opinions et pratiques 107

## AMELIORATION DE L'ACCES AUX SOINS

- Population en situation de précarité

Fiche 18 Le recours initié aux soins dans une population en situation de précarité en France. 108

Fiche 19 Handicaps sanitaires : accessibilité aux soins des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion en Haute-Vienne 109

Fiche 20 Evaluation de la carte santé jeunes (département de l'Ain) 110

Fiche 21 Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté. 111

Fiche 22 Quels facteurs influencent l'accès ou le retour à une couverture sociale ? 112

- Personnes âgées en institutions

Fiche 23 Le recours au médecin des personnes âgées en institution 113

- Sevrage tabagique

Fiche 24 Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposé à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé 114

Fiche 25 Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 115

Fiche 26 Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001 116

- Inégalités géographiques dans l'offre de soins

Fiche 27 Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs ? Une étude en chirurgie générale, thoracique et vasculaire. 117

Fiche 28 L'accès aux maternités en Languedoc-Roussillon. 118

**Références relatives au constat d'inégalités d'état de santé ou d'accès aux soins 119**

➤ Bucco-dentaire

**Fiche 1 Prévalence de la carie dentaire chez l'enfant avant et après un programme de prévention en Seine-Saint-Denis.**

DARGENT-PARE C., WOLIKOW M. , et al., 1999

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programme de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire mis en place en 1984 par le Conseil Général de Seine-Saint-Denis

POPULATION CIBLEE : enfants des écoles primaires

TYPE DE DONNEES : administratives et médicales : les variables socio-démographiques ont été obtenues à partir des fiches de renseignement individuelles des directeurs d'écoles, tandis que les indices cliniques ont été calculés à l'issue des examens effectués par les chirurgiens-dentistes, en 1984 et 1992.

ECHANTILLONNAGE : en 1984 sondage en grappes à un degré par tirage aléatoire au 1/10<sup>ème</sup>; en 1992 : plan de sondage à deux degrés, classes puis enfants, après stratification sur ville et niveau scolaire avec un taux de sondage de 1/6<sup>ème</sup>.

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 1907 enfants sélectionnés en 1984 ; 2771 en 1992

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : Etude « avant-après » visant à mesurer l'évolution de l'atteinte carieuse chez les enfants de 11 ans.

COMMENTAIRE : basée sur des données médicales, l'étude permet une réelle approche d'évaluation, en termes d'efficacité et d'accès à la santé. Il serait intéressant de compléter les résultats obtenus en essayant de modéliser l'état de santé bucco-dentaire, mesuré par les indicateurs d'atteinte carieuse, en incluant comme variable explicative la participation à la campagne de prévention.

RESUME :

Position du problème : Le Conseil Général de Seine-Saint-Denis a mis en place en 1984 un programme de prévention bucco-dentaire en milieu scolaire. Il repose sur une campagne d'éducation pour la santé associée à la mise en oeuvre d'une thérapie fluorée planifiée. L'objectif de cet article est de présenter les résultats de l'évolution de l'atteinte carieuse chez les enfants de 11 ans après 8 années de prévention collective et d'envisager des orientations futures. Méthodes. Deux enquêtes transversales réalisées en 1984 et 1992 dans les écoles primaires du département, portant respectivement sur 1907 et 2 771 enfants, ont permis de déterminer et de surveiller la prévalence de la carie. L'atteinte carieuse a été estimée à l'aide de l'indice CAO/D qui totalise le nombre de dents définitives cariées, absentes ou obturées. Résultats : L'indice CAO est passé de 3,38 en 1983 à 1,99 en 1992, soit une baisse relative de 41%, Cette baisse s'est accompagnée d'une modification des distributions d'enfants selon leur CAO, avec une augmentation du pourcentage d'enfants indemnes qui est passé de 19% à 42% entre les deux études. Quarante-trois pour cent des dents cariées ont été des premières molaires. Le taux de soins est resté faible en 1992, seulement 24% des enfants ont reçu des soins complets. La baisse de la prévalence carieuse a été observée selon les différentes variables socio-démographiques relevées, mais les disparités ont persisté en 1992.

**Fiche 2 Résultats des enquêtes qualitative et quantitative sur la prévention bucco-dentaire en PMI et crèches : 1992-1993.**

Conseil Général de la Seine Saint Denis, 1993

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : dispositif de prévention bucco-dentaire mis en place en 1985

POPULATION CIBLEE : enfants fréquentant des crèches et centres de Prévention Maternelle et Infantile (PMI)

TYPE DE DONNEES : déclaratives, une enquête a été réalisée entre novembre 1992 et mars 1993 auprès des professionnels de santé, des directeurs de crèche et des centres de PMI

ECHANTILLONNAGE : tirage aléatoire stratifié sur les caractéristiques socio-économiques des zones géographiques dans lesquelles sont implantés les établissements.

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 107 répondants issus de 8 crèches et 8 PMI

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : l'étude établit un descriptif de la participation des professionnels selon différents thèmes : prescription de fluor, brossage de dents, alimentation, surveillance dentaire.

COMMENTAIRE : bien qu'ils ne cherchent pas à mesurer l'impact de la prévention sur l'état de santé, et plus particulièrement l'hygiène bucco-dentaire, les résultats s'apparentent à l'approche de l'Institute of Medicine en mettant en avant les problèmes rencontrés par les professionnels (ex : difficile orientation des parents par les personnels de PMI, du fait d'une mauvaise connaissance des structures de soins dentaires de la zone géographique)

RESUME : -

Depuis 1985 les équipes de Protection maternelle et Infantile de Seine-saint-denis ont développé des activités de prévention bucco-dentaire en direction des populations dont elles ont la charge. Au cours de l'année 1991, il a été décidé de faire une « mise à plat » des activités par le biais de deux enquêtes (quantitative et qualitative). Il s'agissait, pour l'enquête qualitative, d'analyser les facteurs d'adhésion au programme et rendre compte des variations observées, et pour l'étude quantitative, de mesurer la participation des professionnels au programme de prévention bucco-dentaire dans leurs établissements. Les résultats obtenus indiquent, pour les crèches, comme pour les centres de PMI, que la prévention bucco-dentaire est d'une part largement prise en compte par les professionnels de ces établissements, et d'autre part touche un grand nombre de jeunes enfants inscrits dans ces établissements. Cependant, un effort particulier devrait être conduit pour favoriser l'information des familles sur la nécessité de faire surveiller l'état dentaire de leurs enfants et peut-être de développer l'accès aux services spécialisés par une meilleure information.

### Fiche 3 Evaluation médicale de la prévention bucco-dentaire conventionnelle en Rhône-Alpes

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, 2001

---

**DISPOSITIF OU POLITIQUE** : dispositif de prévention et de dépistage bucco-dentaire précoce pour les adolescents de 15 ans

**POPULATION CIBLEE** : adolescents de 15 ans

**TYPE DE DONNEES** : médicales, elles sont renseignées par les chirurgiens dentistes effectuant l'examen de prévention et les soins consécutifs

**ECHANTILLONNAGE** une cohorte d'adolescents ayant eu 15 ans au premier semestre 1999 et ayant participé à un examen de prévention a été constituée de la manière suivante : 40% des fiches d'examen de prévention bucco-dentaire effectués dans la première semaine du mois de mai 2000, et dans toute la région, ont été sélectionnées

**TAILLE DE L'ECHANTILLON** : 1908 examens de prévention bucco-dentaire

**EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE** : il s'agit d'une étude descriptive longitudinale, elle met l'accent sur les fréquences de diagnostics émis lors de l'examen initial (ex : nombre de dents permanentes cariées), selon les 8 départements de la région, ainsi que sur les fréquences de soins réalisés dans les neuf mois suivant l'examen.

**COMMENTAIRE** : les résultats dressent un bilan médical de l'état bucco-dentaire des adolescents de 15 ans ayant participé au dispositif de prévention, et de l'accès aux soins ainsi généré. Toutefois, l'étude devait initialement être de type « cas-témoin », mais le groupe témoin n'a pas pu être constitué, ce qui limite l'aspect évaluatif de l'étude.

**RESUME** :

Le caractère innovant du dispositif de prévention bucco-dentaire mis en place en France, a entraîné l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes (URCAM) et les services médicaux de cette région à réaliser une enquête sur les adolescents de quinze ans qui ont participé au dispositif de prévention dans les départements et la région. Le présent rapport expose les résultats à l'issue de la première année de participation des adolescents de quinze ans.

➤ Dépistage cancer

**Fiche 4 Dispositifs d'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus : réflexions à partir de l'expérience martiniquaise.**

BRIOLLAIS L., A. FEYLER, M. OSSONDO, J. DORIVAL et al., 2000  
Santé Publique, vol. 12, hors-série, mai 2000, pp.21-36

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus mis en place en 1991 en Martinique

POPULATION CIBLEE : femmes de 20 à 65 ans

TYPE DE DONNEES : médico-administratives, elles sont issues du registre des cancers de Martinique et concernent deux cycles de campagne, 1991-93 et 1994-96

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : L'évaluation s'intéresse de façon descriptive à l'impact de la campagne, mesuré à partir du taux de participation, à la qualité de réalisation du frottis, à la qualité de l'action menée, notamment par le suivi des frottis positifs, à l'efficacité des programmes, ainsi qu'à l'évaluation des coûts. La répartition géographique des frottis a également été analysée.

COMMENTAIRE : L'une des richesses de cette étude est la mise en place de deux circuits d'enregistrement des dépistages : l'un pour les dépistages organisés dans le cadre de la campagne, l'autre pour les dépistages spontanés. De cette façon l'effet propre de la campagne sur le comportement des femmes ciblées a pu être isolé. L'étude s'inscrit dans l'approche de l'Institute of Medicine puisqu'il s'agit non seulement de mesurer l'accès à des soins, mais surtout l'accès à la santé. L'évaluation du dispositif répond ici à un objectif d'efficacité, elle se base sur des résultats agrégés et non sur des données individuelles et se réfère à des normes européennes à la fois pour la pratique du dépistage et la prévalence des cancers. a permis d'isoler l'impact de la campagne sur le comportement des femmes ciblées.

RESUME :

La Martinique organise un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis 1991, dans le cadre des actions du Fonds National de prévention d'éducation et d'Information Sanitaire de la CNAMTS. Le registre des cancers réalise son évaluation qui comprend la mesure de l'impact, la qualité du frottis, la qualité de l'action et l'efficacité du programme. L'évaluation est un élément essentiel qui permet le pilotage du programme de dépistage. A partir des résultats du dépistage organisé mis en place en Martinique, les auteurs discutent des modalités de l'évaluation qui sont liées à l'organisation du programme, l'implication des différents acteurs, les indicateurs à collecter et l'organisme chargé de l'évaluation.

## **Fiche 5 Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999**

ANCELLE-PARK R., J. NICOLAU, et al., 2001  
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE, n°27/2001

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programme national de dépistage systématique du cancer du sein mis en place en 1994

POPULATION CIBLEE : femmes de 50 à 69 ans

TYPE DE DONNEES : médicales, elles sont recueillies auprès des radiologues par les centres de gestion départementaux et centralisées pour une évaluation annuelle par l'Institut National de veille Sanitaire

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 28 départements inclus dans le programme et disposant de données pour 1999

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : L'étude est de type épidémiologique, elle s'appuie sur le calcul d'indicateurs tels que le taux de participation, le taux de rappel, le taux de biopsie et le taux de cancers, mesurés à la fois en termes de prévalence (premières mammographies) et d'incidence (mammographies effectuées par la suite). L'INVS utilise également le référentiel du programme Europe contre le Cancer pour comparer les taux observés à des taux attendus.

COMMENTAIRE : Les indicateurs d'impact, de qualité et d'efficacité du programme sont comparés à des référentiels : les indicateurs de dépistage et taux acceptables d'après les références européennes 1996. Ainsi l'étude s'inscrit dans l'approche de l'Institute of Medicine puisqu'il s'agit non seulement de mesurer l'accès à des soins, mais surtout l'accès à la santé, en se référant à un objectif de santé publique.

RESUME :

Afin de réduire la mortalité par cancer du sein des femmes de 5 à 69 ans, la Direction générale de la santé a mis en place en 1994 un programme national de dépistage du cancer du sein. Le programme cancer du département des maladies chroniques et des traumatismes de l'Institut national de Veille Sanitaire (InvS) est chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage. Les départements participant au dépistage organisé du cancer du sein ont tous un système de recueil des données qui permet un suivi épidémiologique détaillé. Le suivi des performances au niveau national et au cours du temps indique une amélioration entre 1992 et 1999 et sont en moyenne conformes aux normes européennes.

**Fiche 6 Le dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Bas-Rhin.  
Bilan de quatre ans et demi de campagne EVE.**

FENDER M., P. SCHAFFER, P. DELLENBACH, 2000  
Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.11-20

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus mise en place en 1990 dans le département du Bas-Rhin et ayant débuté en 1994

POPULATION CIBLEE : femmes de 25 à 65 ans

TYPE DE DONNEES : médicales, elles ont été recueillies auprès de cabinets et laboratoires de cytopathologie de janvier 1994 à juin 1998

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : les données ont fait l'objet d'une exploitation descriptive sur données agrégées : participation, espacement des frottis, conclusions cytologiques, suivi des frottis pathologiques.

COMMENTAIRE : l'étude s'appuie sur des données médicales. Afin de compléter la démarche d'évaluation, se basant sur l'accès à la santé, il serait donc intéressant de confronter les résultats aux indicateurs de dépistage et taux acceptables, à la fois au niveau national et au niveau européen.

RESUME :

Une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mise en place en 1990 dans le département du Bas-Rhin et a débuté effectivement en 1994. La responsabilité de son organisation a été confiée à l'association loi 1901 EVE, réunissant l'ensemble des partenaires concernés par la maladie et son dépistage. En lien avec les acteurs de terrain, ses principaux axes de travail sont d'essayer d'augmenter la participation des femmes au dépistage, de s'assurer de la qualité de l'interprétation cytologique et du suivi des frottis pathologiques. Au terme de quatre ans et demi de campagne, 80,3% des femmes âgées de 25 à 65 ans en 1994 ont bénéficié d'au moins un frottis. La qualité de l'interprétation cytologique est globalement bonne et le suivi des frottis pathologiques est acceptable. Cette expérience indique que le dépistage par les structures médicales existantes est possible. Tous les laboratoires de cytopathologie ont accepté de participer à la campagne et d'en respecter les modalités. Les médecins traitants participent dans leur immense majorité au recueil d'information concernant le suivi. Toutefois, l'absence de réglementation imposée par des textes officiels sur les modalités de dépistage oblige à des compromis pas toujours satisfaisants pour la Santé Publique, visant à obtenir et maintenir la participation des professionnels de santé.



## Fiche 7 Le programme "action femme santé" dans trois communes de l'agglomération lyonnaise.

MIGNOTTE H. , M.-F. LE GOAZIOU, L. P. NACHURY, et al., 2000  
Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.45-58

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus du 1<sup>er</sup> novembre 1993 au 31 octobre 1996, mise en place dans trois communes de la périphérie lyonnaise : Saint-Fons, Saint-Priest et Vénissieux.

POPULATION CIBLEE : femmes de 25 à 65 ans

TYPE DE DONNEES : déclaratives et administratives. L'étude se base à la fois sur les bordereaux d'inclusion transmis au Centre de gestion tout au long de la campagne, et à deux enquêtes d'opinion, auprès du corps médical d'une part, et des femmes d'autre part, en 1996.

ECHANTILLONNAGE : tous les médecins exerçant dans la zone géographique concernée ont été interrogés ; en ce qui concerne l'enquête auprès des femmes, la méthode des quotas a été utilisée

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 114 médecins, et 604 femmes

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : Evolution de la participation dans le temps, motifs de non-participation des médecins, difficultés rencontrées par les médecins, lors de la participation, perception de la campagne d'information par la population ciblée, présentation des résultats des frottis et suivi des anomalies dépistées

COMMENTAIRE : en s'appuyant sur des données médicales et d'opinion, à la fois du côté de l'offre et de la demande de soins, l'étude donne une image précise de la situation dans la zone géographique concernée, à un moment donné. Afin d'évaluer l'impact de la campagne, en termes d'accès aux soins et en termes d'accès à la santé, il est possible de compléter les résultats obtenus par une analyse « cas-témoin » en les comparant par exemple avec ceux d'une autre zone géographique, n'ayant pas bénéficié d'une telle campagne de dépistage.

RESUME :

La campagne de dépistage du cancer du col utérin s'est déroulée dans trois communes de l'agglomération lyonnaise du 1<sup>er</sup> octobre 1993 au 31 octobre 1996. Les objectifs de ce programme nommé "action femme santé" concernaient le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus auprès des femmes ayant un accès plus difficile à la technique du frottis et la mise en place d'un système cohérent d'information, de dépistage et de suivi. Au cours des trois années, 3 127 frottis ont été déclarés et concernaient 2 881 femmes. Le taux d'anomalies dépistées est de 2,1%. Cette campagne a atteint son but quant au public ciblé. Mais la participation des professionnels de santé à ce type de campagne est insatisfaisante compte tenu d'un certain nombre d'obstacles identifiés. La mise en oeuvre de l'ensemble du programme et ses résultats, les points faibles et les points forts à retenir d'une telle expérience sont développés.

**Fiche 8 Programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et colon-rectum destiné aux femmes de 50 à 69 ans en Isère.**

GARNIER A., C. EXBRAYAT, J. MARRON, P. WINCKEL, M. BOLLA, 2000  
Santé Publique, vol 12, hors-série, mai 2000, pp.59-70

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programme de dépistage simultané du cancer du sein, du col utérin et colon-rectum mis en place en 1990 dans le département de l'Isère

POPULATION CIBLEE : femmes de 50 à 69 ans

TYPE DE DONNEES : médicales et déclaratives. Les 24 cabinets d'anatomo-cyto-pathologie participant au programme se sont engagés à retourner une fiche de résultat pour chaque patiente à l'Office départemental de lutte contre le cancer. En outre une enquête a été menée auprès de 6 d'entre eux afin de comparer les examens lus en janvier 90 et janvier 95. Une enquête a également été menée auprès d'un échantillon de femmes invitées au dépistage en 1995.

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : taux de participation, comparaison du nombre d'examens par tranche d'âge en 1990 et 1995, étude de l'évolution du taux de frottis pathologiques de 1991 à 1997

COMMENTAIRE : alors que l'étude semble s'appuyer sur de nombreuses données, peu de résultats sont présentés dans le document. Le constat présenté ne suffit pas à évaluer l'impact de la campagne : l'évolution du taux de participation et du nombre de frottis au cours du temps pourrait être modélisée de façon à déterminer l'influence de la campagne.

RESUME :

Depuis 1990, une campagne de dépistage du cancer du col utérin associée à un dépistage des cancers du sein et du colon-rectum, est organisée dans le département de l'Isère pour les femmes de 50-69 ans. La participation au programme est de 30% en moyenne au cours des 7 premières années mais des enquêtes en population montrent que 68,6% des femmes invitées ont pratiqué un frottis dans l'année suivant leur invitation. Les frottis pathologiques et les ASCUS représentent environ 1,5% des examens. Leur suivi, effectué par l'association gestionnaire, l'ODLC, montre un taux de cancers invasifs et CIN III détectés de 1,3 ‰. Les frottis ont été prélevés par les gynécologues et les généralistes dans une proportion égale. Les praticiens du département interrogés par questionnaire postal en 1996 ont déclaré souhaiter collaborer à une campagne de dépistage des cancers, même si cela s'accompagne de difficultés matérielles. La campagne iséroise a permis avec la contribution importante des généralistes, d'obtenir une bonne couverture des femmes de plus de 50 ans pour le dépistage cytologique. La mise en évidence des aspects positifs et des difficultés rencontrées dans le fonctionnement du programme de dépistage des cancers du col utérin isérois est l'occasion de réfléchir aux dispositifs organisationnels à mettre en place dans le cadre de la prochaine généralisation de ce dépistage.

**Fiche 9 Contraception orale, tabac et prévention. Les Français et leur santé :  
enquête 1991-1992.**

FLOURY M. C., SESI, 1994

SOLIDARITE SANTE - ETUDES STATISTIQUES, 1994/01-03 ; n° 1

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, sans référence à un programme ou une campagne en particulier

POPULATION CIBLEE : femmes de 18 à 49 ans

TYPE DE DONNEES : elles sont déclaratives elles proviennent de l'INED et de l'Enquête en population générale Santé, Soins Médicaux 1991-92.

ECHANTILLONNAGE : voir ci-dessus partie sur les Enquêtes en Population Générale

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : descriptive, les résultats mettent surtout en évidence les caractéristiques socio-démographiques de la population touchée par le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

COMMENTAIRE : L'analyse n'est pas directement mise en relation avec un programme de dépistage en particulier, elle s'intéresse aux femmes en ayant bénéficié et cherche à mettre en évidence les déterminants de leur participation (notamment le suivi médical pour contraception orale).

RESUME :

Plus d'une femme sur quatre, entre 18 et 49 ans, déclare utiliser régulièrement des contraceptifs hormonaux depuis au moins six mois. Les trois quarts des achats de pilules sont des minidosées ; la moitié est prescrite par des généralistes, mais plus de 40% ne peuvent être remboursées par la Sécurité sociale. La médicalisation de la contraception orale favorise incontestablement le dépistage du cancer du col de l'utérus, en revanche elle ne semble pas jouer pleinement son rôle en matière de lutte contre la consommation simultanée de pilule et de tabac : en effet, plus d'une utilisatrice de contraceptifs hormonaux sur trois fume, malgré les risques graves de maladie cardio-vasculaire. Cette analyse a été réalisée à partir des données de l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) et de l'enquête Santé et Soins Médicaux 1991-1992

## Fiche 10 Dépistage des cancers

EISINGER F., GUAGLIARDO V., JULIEN-REYNIER C., MOATTI J.-P., 2001  
*Baromètre santé 2000, Résultats, Volume 2*

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programme national de dépistage du cancer du sein

POPULATION CIBLEE : femmes de 18 à 75 ans

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles proviennent de l'enquête Baromètre Santé menée en 1999 par le CFES

ECHANTILLONNAGE : voir ci-dessus partie sur les Enquêtes en Population Générale

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 7 100 femmes âgées de 18 à 75 ans interrogées

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : au delà de la proportion de femmes participant au dépistage, l'étude s'intéresse aux facteurs explicatifs de la réalisation d'un dépistage au cours des deux années précédant l'enquête. Le fait d'habiter dans un département où existait un dépistage organisé du cancer du sein avant 1998 est introduit dans un modèle de régression logistique où la variable dépendante est la réalisation d'une mammographie au cours des deux dernières années pour des femmes âgées de 50 à 69 ans.

COMMENTAIRE : les résultats descriptifs sont enrichis par une analyse multivariée qui peut être apparentée aux travaux théoriques qui ont enrichi l'approche Andersen-Aday : elle teste directement l'impact d'un dispositif d'amélioration de l'accès à la prévention sur le recours à des soins préventifs. Cette étude constitue un riche exemple de l'exploitation d'une enquête en population générale en matière d'évaluation d'un dispositif public de prévention. En outre elle a été répétée dans le temps, puisque la première enquête Baromètre Santé a été menée en 1992. Une analyse de l'évolution du taux de participation et de ses facteurs explicatifs, au cours du temps, avec un nombre croissant de départements participant au dépistage, peut donc être envisagée.

RESUME :

En 1999, année du terrain de l'enquête présentée ici, le Baromètre santé a pris une nouvelle forme. Première transformation, il s'est intéressé simultanément aux jeunes et aux adultes. De plus, l'augmentation importante de la taille de l'échantillon (13 685 en 1999) permet de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Par ailleurs et pour la première fois, cinq suréchantillons ont été réalisés dans les régions suivantes : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie pour les 12-25 ans uniquement, et Poitou-Charentes pour les 12-75 ans.

AUTRES REFERENCES procédant au même type d'étude :

- BAUDIER F., C. DRESSEN, sous la dir. de F. ALIAS, *Baromètre Santé 92*, Vanves : CFES : 1994/01
- BAUDIER F., C. DRESSEN, D. GRIZEAU, M.-P. JANVRIN, sous la dir. de J. WARSZAWSKI, *Baromètre Santé 93-94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves : CFES : 1995
- BAUDIER F., sous la dir. de J. ARENES, *Baromètre Santé 95-96 adultes*, Vanves : CFES : 1997

➤ Péri-natalité

**Fiche 11 La périnatalité en Midi-Pyrénées.**

CAYLA F. REGNIER P., GRANDJEAN M., ORS de Midi-Pyrénées, 1995

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : les centres de PMI et de planification familiale en Midi-Pyrénées

POPULATION CIBLEE : parents de jeunes enfants

TYPE DE DONNEES : il s'agit d'un bilan de différentes enquêtes réalisées dans la région

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : le document présente des éléments sur l'activité des centres de planification familiale et de PMI

COMMENTAIRE : bien que l'étude date de 1987 son originalité réside dans le regroupement de différentes sources d'information et cherche à dresser un bilan régional de l'activité sanitaire régional en termes de péri-natalité. Il serait intéressant de le comparer avec le même bilan dressé 15 ans après.

RESUME :

Ce travail rassemble des données concernant la périnatalité dans la région Midi-Pyrénées : données socio-démographiques, données sanitaires, données sur les structures de prévention et de soins. Ces informations contribuent à l'analyse sanitaire régionale et permettent d'argumenter une politique régionale de santé. Elles sont mises à la disposition des professionnels de santé et des décideurs. Réalisé à partir de l'activité des différentes structures, cet outil de travail permet de repérer : les ressources de données, les recherches déjà réalisées dans la région, les résultats immédiatement disponibles.

## Fiche 12 A propos de la mort subite du nourrisson.

SENECAL J., M. ROUSSEY, M.-H. BOUVIER-COLLE, F. HATTON, C. PACLOT,  
POPULATION, vol. 53 : n° 4 : pp.841-846

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : campagne nationale d'éducation sanitaire conseillant de ne plus coucher les nourrissons en position ventrale

POPULATION CIBLEE : parents de nourrissons

TYPE DE DONNEES : déclaratives et administratives, une enquête a été menée 1988 et en 1996 en Seine-Maritime, elle est mise en relation avec des données INSERM de l'unité 49.

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : les résultats sont descriptifs et présentent essentiellement la proportion de parents couchant leur nourrisson en position ventrale et le nombre de morts subites du nourrisson en 1988 et 1995.

COMMENTAIRE : le document ne présente aucun élément d'information ni sur la campagne, ni sur la méthodologie d'enquête. Par ailleurs il est difficile de mettre en relation la diminution du taux de morts subites du nourrisson et la diminution de la part des parents couchant leur nourrisson en position ventrale, sans autres éléments d'information.

RESUME :

Cet article cherche à analyser l'efficacité des campagnes d'information en France sur le problème de la mort subite du nourrisson. Il présente l'évolution du nombre de décès et le taux de mort subite du nourrisson pour 1000 naissances sur la période 1990-1996. La diminution brutale du nombre de cas en 1994 coïncide avec la première campagne nationale d'éducation sanitaire. Les auteurs rappellent que la mort subite du nourrisson demeure la première cause de mortalité post-néonatale et incitent à la poursuite des recherches sur les facteurs de risques déjà identifiés lors d'enquêtes épidémiologiques (prématurité, hypotrophie...).

➤ SIDA

**Fiche 13 Les connaissances, attitudes, croyances et comportements des Franciliens face au SIDA : résultats de l'enquête 1992.**

GREMY I., ORS d'Ile-de-France, 1994

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aucun en particulier

POPULATION CIBLEE : Franciliens de 18 ans et plus

TYPE DE DONNEES : déclaratives, il s'agit d'une enquête par interviews.

ECHANTILLONNAGE : tirage aléatoire stratifié sur la profession, la CSP du chef de famille, le sexe, l'âge, le département et la taille de l'agglomération

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 1104 personnes interrogées

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : panorama des connaissances et des pratiques en matière de prévention (ex : proportion des personnes interrogées qui se disent incitées à faire un test de dépistage, à utiliser un préservatif, du fait des campagnes d'information)

COMMENTAIRE : L'étude relate une opinion générale sur l'impact des campagnes d'information, elle reste dans le domaine de la « déclaration d'intention » et ne s'intéresse donc pas directement à l'impact des campagnes sur l'accès aux soins de prévention.

RESUME :

Réalisé à partir des enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practice) menées en 1990 et 1992 en Ile-de-France auprès d'échantillons représentatifs de la population francilienne de 18 à 65 ans, ce rapport analyse l'évolution de la perception du SIDA par la population (connaissances de la maladie, des risques encourus, attitudes face aux malades) ; du comportement sexuel des Franciliens, de l'utilisation du préservatif et de son image, de l'impact des campagnes d'information.

## Fiche 14 Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999).

LYDIE N., Agence Nationale de Recherche sur le Sida, 1999

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aucun en particulier

POPULATION CIBLEE : population France entière

TYPE DE DONNEES : plus de 30 sources de données et enquêtes ont été utilisées, notamment celles du système de surveillance du sida en France, (déclaration obligatoire faite par les praticiens depuis 1986), le réseau des ORS pour la surveillance du dépistage de la contamination VIH (RESORS-VIH), une enquête auprès des usagers de drogues fréquentant les programmes d'Echange de Seringue, les enquêtes KABP, le *Baromètre Santé*...

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : synthèse détaillée des données quantitatives de la période 1994-1999, reprenant à la fois des données épidémiologiques et des déclarations d'opinions.

COMMENTAIRE : l'étude présente de façon distincte l'évolution du nombre de personnes séropositives, du nombre de tests de dépistage effectués, de la vente de seringues, d'une part, et la perception des campagnes d'information d'autre part. Il serait intéressant de mettre en relation ces différents éléments afin d'étudier la liaison entre les comportements observés et les campagnes.

RESUME :

Ce document présente les principales données qui rendent compte des transformations et des tendances à plus long terme dans le domaine du VIH/sida au sein de la société française du point de vue de la prévention. Cette synthèse de données contribue à l'information du public, des professionnels ou des médias, à l'évaluation des politiques publiques de prévention dont est saisi pour la période 1995-2000 le Conseil National de l'Evaluation ou encore à la redéfinition des orientations et des stratégies de prévention menées au deuxième semestre 1999 par les autorités sanitaires. Les données ont été regroupées en quatre grands domaines : les données épidémiologiques sur l'évolution de l'épidémie ; les connaissances, attitudes, croyances et pratiques vis à vis de l'infection à VIH et du Sida ; les ventes de préservatifs ou de seringues, les recours au dépistage... ; les résultats des enquêtes d'évaluation des campagnes de communication et leur impact.



**Fiche 15 « La double contrainte » de la communication publique sur le SIDA :  
un enjeu réussi**

MENARD C., 1996  
LA SANTE DE L'HOMME, n°326

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : campagne publique d'information sur le sida de 1995

POPULATION CIBLEE : population France entière

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles sont essentiellement issues de posttests réalisés en face-à-face et à domicile. En complément l'auteur fait référence à des indicateurs extraits des enquêtes KABP

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : les résultats des posttests comparent la perception des campagnes (ex : amélioration des connaissances), les réactions et attitudes qu'elles ont engendré chez les interviewés (ex : incitation à effectuer un dépistage du sida) en mars, juillet et août 1995.

COMMENTAIRE : l'étude s'intéresse à l'impact des actions de communication impliquant différents médias (télévision, presse et radio). Toutefois cette mesure de l'impact reste dans le domaine de la « déclaration d'intention » et ne s'intéresse donc pas directement à l'impact des campagnes sur l'accès aux soins de prévention.

RESUME :

Parallèlement aux grandes enquêtes nationales (KABP/ACFS) sur les connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population française face au sida, un suivi régulier des campagnes est réalisé à l'issue de chaque action de communication. La coordination est confiée au CFES. L'auteur présente la méthodologie adoptées lors de l'évaluation d'une campagne publicitaire, les posttests, ainsi que la stratégie de communication publique sur l'infection VIH/sida adoptée dans le plan 1994-1996. L'article est plus particulièrement axé sur la campagne de l'été 1995. L'auteur souligne que le succès des campagnes de communication de l'été 1995 tient au travail conséquent qui a été réalisé en amont de leur préparation, et conclut en proposant une étude plus approfondie des populations repérées comme hostile à la communication ou peu réceptives à la prévention.

➤ Vaccination

**Fiche 16 Bilan de la campagne 1992 de la vaccination antigrippale.**

Caisses Centrales de Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.), 1993

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : campagne nationale de vaccination antigrippale mise en place en 1990

POPULATION CIBLEE : assurés du régime agricole, âgés de 70 ans et plus d'une part, âgés de moins de 70 ans et atteints d'au moins une affection de longue durée d'autre part

TYPE DE DONNEES : administratives, elles proviennent des caisses départementales de la Mutualité Sociale Agricole de France entière

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : les résultats sont descriptifs et présentent uniquement le taux de participation parmi la population ciblée et le nombre de vaccins portés au remboursement, par département

COMMENTAIRE : l'étude ne présente aucune information sur la campagne de vaccination. Un document similaire est disponible, pour les années 1993 et 1995 mais aucune analyse de l'évolution n'a été effectuée.

RESUME :

Depuis 1990, les assurés relevant du régime agricole âgés de 70 ans et plus ainsi que les personnes atteints d'une des huit affections de longue durée peuvent bénéficier de la prise en charge de la vaccination antigrippale. La première année, les prestations concernant la vaccination étaient financées par les fonds d'action sanitaire et sociale. Depuis 1991, le financement est assuré au titre du risque maladie. Les données statistiques et épidémiologiques transmises par les Caisses départementales ont permis aux Départements "Etudes économiques et financières" et "Action médicale" de dresser un bilan de la campagne de vaccination antigrippale 1992 (Résumé d'auteur).

## Fiche 17 Vaccination : opinions et pratiques

GUAGLIARDO V., J. BARNIER, M. ROTILY 2001

*Baromètre santé 2000, Résultats, Volume 2*

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : programmes nationaux de vaccination en général, et vaccination rougeole, oreillons, rubéole (ROR) en particulier

POPULATION CIBLEE : pour le vaccin ROR, les parents d'enfants de 1 à 6 ans

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles proviennent de l'enquête Baromètre Santé menée en 1999 par le CFES

ECHANTILLONNAGE : voir ci-dessus partie sur les Enquêtes en Population Générale

TAILLE DE L'ECHANTILLON : -

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : au delà de la présentation des motifs de non-vaccination et de refus du vaccin ROR, les auteurs présentent les déterminants de la non-vaccination (opinion défavorable sur la vaccination, sexe du parent interrogé, nombre d'enfants présents dans le foyer...) en mettant en place un modèle de régression logistique.

COMMENTAIRE :

L'étude présente à la fois des analyses univariées et multivariées, toutefois si le sentiment d'être mal ou très mal informé explique en partie le fait d'avoir une opinion défavorable vis-à-vis de la vaccination, cela ne suffit pas à apprécier l'impact des campagnes de prévention.

RESUME :

Depuis 1992, année de sa création, le Baromètre santé, enquête périodique multithématique, tente de mieux connaître l'opinion, l'attitude et le comportement des Français en matière de santé. En 1999, année du terrain de l'enquête présentée ici, le Baromètre santé a pris une nouvelle forme. Première transformation, il s'est intéressé simultanément aux jeunes et aux adultes. En effet, la distinction entre les 12-19 ans et les 18-75 ans, qui définissait les deux Baromètres « jeunes » et « adultes », paraissait arbitraire et ne permettait pas d'étudier de façon précise la mise en place de comportements de santé entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. De plus, l'augmentation importante de la taille de l'échantillon (13 685 en 1999) permet de détecter plus finement des évolutions d'opinions et de comportements. Par ailleurs et pour la première fois, cinq suréchantillons ont été réalisés dans les régions suivantes : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie pour les 12-25 ans uniquement, et Poitou-Charentes pour les 12-75 ans.

AUTRES REFERENCES procédant au même type d'étude :

- BAUDIER F., C. DRESSEN, sous la dir. de F. ALIAS, *Baromètre Santé 92*, Vanves : CFES : 1994/01
- BAUDIER F., C. DRESSEN, D. GRIZEAU, M.-P. JANVRIN, sous la dir. de J. WARSZAWSKI, *Baromètre Santé 93-94 : résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves : CFES : 1995
- BAUDIER F., sous la dir. de J. ARENES, *Baromètre Santé 95-96 adultes*, Vanves : CFES : 1997

- Populations en situation de précarité sociale et financière (5)

**Fiche 18 Le recours initié aux soins dans une population en situation de précarité en France.**

VERGNENEGRE A., F. BURBAUD, E. SENE, 1998  
REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES, 1998/04-06 ; n° 2, pp.213-228

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : carte santé en Haute-Vienne mise en place en 1990

POPULATION CIBLEE : bénéficiaires du RMI résidant en Haute-Vienne

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles sont issues d'une enquête réalisée en face-à-face en 1995, auprès de bénéficiaires de la carte santé depuis au moins un an, et sans interruption

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 150 personnes interrogées

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : analyse descriptive des répondants, analyse descriptive multidimensionnelle (ACP), analyse explicative (analyse de variance et régression logistique) du le recours aux soins

COMMENTAIRE : l'étude va au-delà de la caractérisation des bénéficiaires de la carte santé en s'inspirant du modèle d'accessibilité aux soins de Andersen et Aday pour expliquer le recours aux soins. La méthodologie adoptée suit donc une réelle démarche d'évaluation mais l'échantillon sélectionné étant de petite taille les variables significatives du modèle sont peu nombreuses.

RESUME :

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité a fait l'objet en France de textes législatifs récents. L'accessibilité du système de santé, l'initiation d'un recours aux soins sont mal connus par les allocataires du RMI et les déterminants de ce recours. Une enquête prospective a été réalisée en 95 sur un échantillon de bénéficiaires de la carte de santé à ce titre en Haute-Vienne. Le questionnaire était construit à partir du modèle d'accessibilité aux soins d'Andersen. Les variables indépendantes caractérisaient le réseau social familial et amical perçu. Les variables dépendantes quantifiaient nombre de recours aux soins initiés dans les trois mois et dans l'année précédant l'enquête. Sur les 150 personnes tirées au sort, 73 ont répondu à l'enquête, 12 ont refusé, 48 étaient absentes et 17 non domiciliées, 28,8% des répondants ont une mauvaise perception de leur santé physique, 39,7% de leur santé mentale. Les réseaux familial et amical sont perçus comme géographiquement proches, générateurs d'aide mais ils sont peu sollicités sur les problèmes de santé. A trois mois la régression logistique retient comme facteur d'un recours initié aux soins : un âge élevé de sortie de l'école, d'existence de jours d'alitement, une mauvaise santé physique perçue, un lieu d'habitation urbain. A un an sont retrouvés l'âge de sortie de l'école les journées d'incapacité. Les résultats de cette enquête sont soumis au nombre de sujets, des non répondants, des biais de mémorisation.

## **Fiche 19 Handicaps sanitaires : accessibilité aux soins des bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion en Haute-Vienne**

Observatoire régional de Santé du Limousin, 1990

**DISPOSITIF OU POLITIQUE :** carte santé mise en place en 1990 par le Conseil Général et la CEPAM de Haute-Vienne pour les bénéficiaires du RMI et les personnes tributaires de l'aide médicale.

**POPULATION CIBLEE :** bénéficiaires du RMI résidant en Haute-Vienne

**TYPE DE DONNEES :** déclaratives et administratives. Elles donnent lieu à deux études distinctes, la première s'appuie sur le questionnaire médical élaboré par les médecins, lors de l'examen de santé gratuit proposé lors du lancement de la carte santé. La seconde s'intéresse aux fiches de remboursement des mois de mars, avril, mai 1989 et 1990.

**ECHANTILLONNAGE :** toutes les fiches médicales de bénéficiaires du RMI ayant effectué un examen de santé entre mars et septembre 1990 ont été retenues ; en ce qui concerne l'étude des données de remboursement, un « échantillonnage randomisé » a été effectué à partir d'un listing de numéros de sécurité sociale des titulaires d'une carte santé.

**TAILLE DE L'ECHANTILLON :** 21 personnes ont effectué un examen de santé

100 personnes ont été sélectionnées pour le suivi des consommations de soins.

**EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE :** Les deux études sur les fiches élaborées lors des examens de santé d'une part, et sur les données de remboursement d'autre part, sont uniquement descriptives. La première permet de décrire la population étudiée d'un point de vue socio-économique et médical (pathologies rencontrées), la seconde met en évidence l'augmentation de la consommation de soins, en taux de consommateurs, et en volume d'actes, entre 1989 et 1990.

**COMMENTAIRE :** Concernant les données médicales déclaratives, l'échantillon est très réduit et ne permet pas de réelle exploitation. Par contre l'analyse de type « avant-après » menée sur la consommation constitue une réelle démarche d'évaluation et aurait pu être complétée afin de tester la significativité de l'augmentation observée. Par ailleurs, aucun élément ne permet de contrôler l'évolution de la consommation de soins par l'état de santé.

**RESUME :**

La première partie de cette étude repose sur une étude descriptive et prospective de l'état de santé de la population des "RMIstes" en Haute-Vienne. Parmi les 21 personnes ayant effectué un examen de santé gratuits on recense 18 personnes souffrant d'éthylisme, 15 ayant un mauvais état dentaire et 7 prenant régulièrement un traitement psychotrope. D'après les médecins une activité professionnelle n'est totalement possible que pour 10 d'entre elles. La seconde partie est une étude descriptive et comparative de la consommation en actes médicaux et paramédicaux, avant et après la mise en place de la carte santé par le Conseil Général et la CPAM de Haute-Vienne en janvier 1990. Cette consommation est étudiée sur une durée de trois mois, en 1989 et 1990, pendant la même période de l'année, et pour une population de 100 personnes bénéficiaires du RMI. Les résultats montrent, de façon agrégée, une augmentation à la fois du nombre de RMIstes ayant eu accès aux soins et du volume de consommation, concomitante à la mise en place de la carte santé.

## Fiche 20 Evaluation de la carte santé jeunes (département de l'Ain)

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire, 1998

---

**DISPOSITIF OU POLITIQUE :** carte santé jeunes (CSJ) mise en place en 1991 par la ville de Bourg en Bresse et étendue au département de l'Ain en 1993

**POPULATION CIBLEE :** jeunes de 16 à 25 ans en situation économique précaire

**TYPE DE DONNEES :** déclaratives et administratives. L'étude utilise à la fois un fichier informatique des bénéficiaires, une enquête postale réalisée fin 1998 auprès des jeunes ayant adhéré à CSJ, des entretiens auprès d'acteurs de la santé publique et de l'action sociale, ainsi qu'une enquête postale auprès de structures médicales et sociales. Nous nous intéressons ici aux résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires uniquement.

**ECHANTILLONNAGE :** parmi les jeunes inscrits entre 1995 et juin 1998, tous ceux qui ont bénéficié de la CSJ pendant 12 mois et plus ont été sélectionnés. Parmi ceux qui n'ont adhéré que pour une période de 4 mois, un échantillon au 6/10<sup>ème</sup> stratifié par site géographique a été tiré.

**TAILLE DE L'ECHANTILLON :** 275 répondants

**EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE :** Les données recueillies n'ont fait l'objet que d'une exploitation descriptive : caractéristiques des répondants, source de connaissance de la CSJ, opinion sur l'impact de la CSJ.

**COMMENTAIRE :** L'étude permet essentiellement de caractériser la population bénéficiaire de la CSJ et de mesurer leur satisfaction du dispositif.

**RESUME :**

En 1993, le dispositif de carte santé jeunes initialement mis en place dans la ville de Bourg en Bresse en 1991 est étendu à l'ensemble du département de l'Ain. Quatre après sa mise en place, les organismes financeurs ont souhaité réaliser une évaluation de la situation départementale en matière d'accès aux soins et à la prévention de la population ciblée. Les objectifs de cette recherche portent sur une analyse critique au niveau du fonctionnement, l'utilisation faite, la mesure de l'impact sur la consommation de soins et sur le recours au système de santé et de prévention, le repérage des difficultés et leurs causes, l'élaboration de propositions allant dans le sens d'une optimisation du dispositif. Il apparaît que le dispositif CSJ présente un intérêt évident en ceci qu'il répond à un besoin réel en matière de facilitation de l'accès aux soins des jeunes en difficulté. Il tend à ramener les jeunes vers le droit commun en matière de santé et de couverture sociale. La prestation offerte par la CSJ est jugée très favorablement par les jeunes qui en bénéficient, et dans certains cas un impact direct sur des parcours individuels d'insertion a été observé. En conclusion, le document formule quelques propositions relatives aux modalités de fonctionnement, mais également destinées à renforcer l'aspect pédagogique du dispositif, visant à renforcer la démarche de prévention, à améliorer la couverture et à renforcer la communication et l'animation des réseaux.

## Fiche 21 Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté.

GAULLE-ANTHONIOZ G., 1995

AVIS ET RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL, 1995/07/27 ; n° 3

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : PMI, COTOREP, carte santé, services d'urgences des hôpitaux

POPULATION CIBLEE : personnes en situation de pauvreté

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles sont issues d'une enquête réalisée en face-à-face dans des lieux de pauvreté (gares, associations d'entraide, urgences...), en 1994, par le CREDOC.

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 754 personnes appartenant à 10 zones géographiques différentes (Paris, 2 départements d'Ile-de-France, 3 grandes villes de province, 2 départements ruraux, 2 départements urbanisés)

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : l'étude commence par décrire et classifier la population enquêtée selon un ensemble de critères socio-économiques classiques, puis elle met en relation les différentes variables par une analyse multifactorielle afin de définir des groupes-types et de les hiérarchiser face aux problèmes de pauvreté. Enfin, elle analyse le taux de pénétration des différentes politiques évaluées (nombre de personnes bénéficiant de la mesure /nombre de personnes concernées), et s'interroge sur leurs objectifs et la perception qu'en ont les intéressés

COMMENTAIRE : le document présente une approche transversale de l'évaluation des politiques sociales en prenant en compte différentes dimensions de la pauvreté, les politiques relatives à l'accès aux soins n'en étant qu'un volet. Outre la présentation des taux de pénétration, l'analyse s'intéresse aux exclus des politiques et aux raisons qui empêchent les bénéficiaires potentiels de profiter d'une politique. Cette mise en avant des obstacles à l'accès au système de santé s'apparente à l'approche de l'Institut of Medicine.

RESUME :

Cette synthèse fait tout d'abord une évaluation de la pauvreté en France à partir d'une enquête réalisée par le Centre de Recherche et d'Etude pour l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC) et d'entretiens avec des personnes en situation de grande pauvreté et d'acteurs terrain. Elle analyse ensuite la politique publique de lutte contre la pauvreté par domaine : logement, emploi, ressources, santé et accès aux soins, famille, éducation, sécurité et justice ; enfin, elle énonce des propositions d'amélioration.

## Fiche 22 Quels facteurs influencent l'accès ou le retour à une couverture sociale ?

CARRAT F., M. GUEZELOT in *Précarité et Santé*, LEBAS J., CHAUVIN P., pp.251-257, 1998

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : cellule d'accueil à l'hôpital Saint-Antoine mis en place ne 1992

POPULATION CIBLEE : personnes sans couverture sociale, sans ressources

TYPE DE DONNEES : administratives, elles sont recueillies par l'assistant social lors de la consultation

ECHANTILLONNAGE : ensemble des patients répondant à des critères de précarité prédéfinis et venant en consultation pour la première fois entre le 1<sup>er</sup> janvier 1994 et le 31 décembre 1994

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 623 patients

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : description de la population des consultants, étude des durées d'accès à une couverture sociale, analyse multivariée permettant de quantifier la pertinence de l'association entre une variable et la durée d'accès.

COMMENTAIRE : l'analyse s'intéresse surtout au fait d'accéder à une couverture sociale grâce au dispositif. L'évaluation proposée ne concerne donc qu'indirectement l'amélioration de l'accès aux soins.

RESUME :

Cet ouvrage dresse un état des lieux de la situation sanitaire des populations les plus exposées en France : sans-abri, jeunes, chômeurs en fin de droit, immigrés, prostituées. Les données rassemblées mettent en relief des faits pour le moins alarmants : l'aggravation des inégalités sociales en ce qui concerne la morbidité, l'accès aux soins, la consommation médicale ; l'apparition de nouvelles maladies et la résurgence de maladies disparues comme la tuberculose ; la recrudescence de la maltraitance, de la morbidité et de la mortalité accidentelles infantiles ; la carence des filières de soins. Les auteurs évaluent aussi les initiatives et les dispositifs médico-sociaux mis en place depuis quelques années pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Ils soulignent les fonctions des divers intervenants : travailleurs sociaux, médecins généralistes, responsables associatifs, bénévoles. Au-delà de la prise en charge médicale et curative des personnes en situation précaire, il démontre enfin qu'une politique de prévention et de prise en charge de la précarité sociale dans notre pays est indispensable et urgente.



- Personnes âgées

### **Fiche 23 Le recours au médecin des personnes âgées en institution**

SERMET C., 1991  
Rapport CREDES , n°907

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aucun en particulier, si ce n'est les institutions pour personnes âgées

POPULATION CIBLEE : personnes âgées

TYPE DE DONNEES : déclaratives, il s'agit d'une enquête réalisée en 1987-1988 auprès d'institutions et qui se décompose en deux volets : l'un sur les unités d'hébergement, l'autre sur un échantillon de personnes âgées de 80 ans et plus

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 279 institutions et 1680 personnes âgées de 80 ans et plus

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : le document présente la répartition des individus selon les différentes variables relatives à la présence médicale, la surveillance médicale, et les séances de médecins en trois semaines. L'analyse porte aussi sur les relations entre ces variables et la catégorie d'institution (longs séjours, maisons de retraite et hospices, ou logements-foyers).

COMMENTAIRE : L'étude dresse un état des lieux de la prise en charge des personnes âgées et permet une comparaison entre les différents types d'institution. Elle met également en relation le recours aux soins et l'état de santé.

RESUME :

Analyse des recours aux soins de médecin des personnes âgées résidant en institution à partir d'une enquête nationale représentative réalisée par le C.R.E.D.E.S. en 1987-88 (279 unités d'hébergement, 1680 personnes de 80 ans et plus). Après une étude de la présence médicale dans les institutions pour personnes âgées, ce rapport analyse la fréquence des recours au médecin des personnes âgées, la durée des séances en fonction de la dépendance et de l'état de santé.

➤ Soins spécifiques

**Fiche 24 Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiniques dans le sevrage tabagique proposé à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé**

KUNTZ C., Y. SPYCKERELLE, J.-P. GIORDANELLA, F. BAUDIER, 2001  
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aide au sevrage tabagique dans les centres d'examen de santé (CES)

POPULATION CIBLEE : les consultants de CES âgés de 16 à 50 inclus, fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour, en situation de précarité sociale et bénéficiant d'un examen périodique de santé

TYPE DE DONNEES : déclaratives, elles ont été recueillies à l'aide de deux questionnaires. Un questionnaire initial évoquant notamment le degré de dépendance vis-à-vis du tabac et le degré de motivation pour arrêter de fumer, est renseigné par le consultant lors de l'examen de santé ; un second questionnaire est envoyé au domicile des patients 6 mois après la consultation pour connaître le devenir de leur démarche.

ECHANTILLONNAGE : les CES participants ont été répartis en deux groupes par tirage au sort après stratification sur le taux de fréquentation.

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 1585 fumeurs dans le groupe « intervention », 2597 fumeurs dans le groupe « témoin ».

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : taux de participation au sevrage, proportion de personnes ayant arrêté de fumer 6 mois après la consultation au CES. Afin de prendre en compte les différences entre les 2 groupes à l'égard du tabac, les auteurs ont effectué une analyse de régression logistique identifiant les facteurs explicatifs de la réussite du sevrage à 6 mois.

COMMENTAIRE :

La méthode adoptée repose sur la mise en place d'une étude « cas-témoins » et l'analyse qui a été menée considère le sevrage tabagique comme facteur explicatif du fait d'arrêter de fumer, ce qui constitue une réelle évaluation de l'impact du dispositif sur l'accès à la santé.

RESUME :

L'utilisation de substituts nicotiniques dans le sevrage tabagique n'est pas accessible à tous du fait de deux obstacles majeurs : le coût du traitement et la nécessité du suivi médicalisé. L'étude, réalisée entre octobre 1999 et mars 2000, vise à évaluer l'efficacité d'une mesure de prise en charge gratuite des substituts nicotiniques dans des centres d'examen de santé (CES), en la comparant à une simple incitation à l'arrêt du tabac.

## Fiche 25 Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001

JEANFRANCOIS M., E. FERNANDES, B. DAUTZENBERG, 2001  
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : renforcement et création de consultations hospitalières de tabacologie.

POPULATION CIBLEE : fumeurs

TYPE DE DONNEES : administratives, elles sont issues de deux questionnaires adressés à toutes les consultations hospitalières à un an d'intervalle : en janvier 2000 et janvier 2001. Ils portent sur l'activité hebdomadaire des consultations, le nombre de patients, les diagnostics...

ECHANTILLONNAGE : tous les centres de consultations de tabacologie hospitalières ont été contactés

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 206 centres de consultation ont répondu à l'enquête

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : bilan d'activité : fréquentation, délais d'attente, profils de dépendance tabagique des patients définis à l'aide d'outils de diagnostic clinique et biologique.

COMMENTAIRE : l'étude adopte une approche « avant-après » et permet ainsi de mesurer l'évolution de l'activité en termes de prévention et de soins relatifs au sevrage tabagique. Cependant, les données ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure le rapport offre/demande a évolué, et ne s'intéressent pas au suivi de la prise en charge des patients.

### RESUME :

Le plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 ainsi que le plan triennal 1999-2001 de lutte contre les drogues et la prévention de la dépendance ont permis le renforcement et la création de consultations hospitalières et non-hospitalières de tabacologie. Deux études ont été menées en parallèle par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et l'Office Français de Prévention du Tabagisme pour mesurer l'évolution de l'activité des ces deux types de consultations. Ces études ont permis de montrer que les actions de lutte contre le tabagisme se sont caractérisées par une nette progression entre janvier 2000 et janvier 2001.

## Fiche 26 Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001

BRUCKER G., A. BORGNE, L. JOSSERAN, S. DRAGOS, M. JEANFRANCOIS, E. C. FERNANDEZ, B. DAUTZENBERG, 2001

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°22-23/2001

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : renforcement et la création de consultations non-hospitalières de tabacologie

POPULATION CIBLEE : fumeurs

TYPE DE DONNEES : administratives, elles sont issues de deux questionnaires adressés à toutes les consultations non-hospitalières à un an d'intervalle : en janvier 2000 et janvier 2001. Ils portent sur l'activité hebdomadaire des consultations, le nombre de patients, les diagnostics...

ECHANTILLONNAGE : tous les centres de consultations de tabacologie non-hospitalières recensées par l'Office Français de prévention du tabagisme ont été sollicités

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 85 lieux de consultation répondants

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : bilan d'activité : fréquentation, délais d'attente, profils de dépendance tabagique des patients définis à l'aide d'outils de diagnostic clinique et biologique.

COMMENTAIRE : l'étude adopte une approche « avant-après » et permet ainsi de mesurer l'évolution de l'activité en termes de prévention et de soins relatifs au sevrage tabagique. Cependant, les données ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure le rapport offre/demande a évolué, et ne s'intéressent pas au suivi de la prise en charge des patients.

RESUME :

Le plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 ainsi que le plan triennal 1999-2001 de lutte contre les drogues et la prévention de la dépendance ont permis le renforcement et la création de consultations hospitalières et non-hospitalières de tabacologie. Deux études ont été menées en parallèle par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et l'Office Français de Prévention du Tabagisme pour mesurer l'évolution de l'activité des ces deux types de consultations. Ces études ont permis de montrer que les actions de lutte contre le tabagisme se sont caractérisées par une nette progression entre janvier 2000 et janvier 2001.

- Limitation géographique (2)

**Fiche 27 Quel est l'effet de la limitation d'accès aux équipements sur le comportement des prescripteurs ? Une étude en chirurgie générale, thoracique et vasculaire.**

GERBAUD L, et al., 1997

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE, 1997/11-12 ; vol. 15, n° 7-8, pp.451-472

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aucun en particulier

POPULATION CIBLEE : -

TYPE DE DONNEES : administratives, elles sont extraites des dossiers patients fournis par deux hôpitaux différents, équipés d'une service de chirurgie identique : les malades y sont admis indistinctement, les chirurgiens seniors et chefs de clinique ainsi que les internes interviennent indistinctement entre les deux sites, seules les équipes d'anesthésie et d'infirmières diffèrent, et l'accès au plateau technique n'est possible que sur un seul des deux sites.

ECHANTILLONNAGE : les derniers dossiers pour deux types d'intervention chirurgicale ont été retenus dans chacun des deux sites, puis les dossiers ont été appariés entre les deux sites, sur les critères suivants : pathologies justifiant l'intervention, acte opératoire, certaines variables propres à chaque pathologie et permettant d'en marquer l'importance

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 51 couples de dossiers de thyroïdectomies, 41 couples dossiers de pontages aorto-bifémoraux

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : les résultats présentent des indicateurs relatifs à la comparabilité des patients (complications post-opératoire, durée de séjour...) et des éléments permettant d'observer un éventuel effet de structure sur les prescriptions

COMMENTAIRE : cette étude aborde la problématique de l'inégalité géographique de l'offre de soins de façon originale : elle prend la forme d'une expérience naturelle et s'intéresse à l'impact de la limitation d'accès au plateau technique, plutôt qu'à l'impact de l'amélioration de l'accès.

RESUME :

Les auteurs étudient l'effet de la restriction d'accès par éloignement du plateau technique sur le comportement des prescripteurs, en analysant les prescriptions faites pour des malades appariés sur leur maladie et acte opératoire, opérés par la même équipe chirurgicale sur deux sites distincts dont l'un ne dispose que d'un plateau technique réduit. De fortes différences de prescription entre les deux sites apparaissent mais la part imputable à un effet de structure est faible. L'essentiel de la différence peut être imputé à des variations de pratiques correspondant à de réels protocoles implicites tant infirmiers qu'anesthésistes.

## Fiche 28 L'accès aux maternités en Languedoc-Roussillon.

LEDESERT B., ORS de Languedoc Roussillon, 1999

---

DISPOSITIF OU POLITIQUE : aucun en particulier

POPULATION CIBLEE : -

TYPE DE DONNEES : administratives, elle sont issues du fichier des naissances 94-96, du recensement de population, des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour

ECHANTILLONNAGE : -

TAILLE DE L'ECHANTILLON : 5 maternités

EXPLOITATION DES DONNEES REALISEE : étude des temps d'accès, délimitation des bassins de naissance, analyse de la liaison entre le lieu de naissance et les caractéristiques des parturientes et de leurs enfants

COMMENTAIRE : au-delà de la description des bassins de naissance, à l'aide de simulations, l'étude s'intéresse à l'impact potentiel de l'ouverture ou de la fermeture de sites sur l'accès aux soins des parturientes.

RESUME :

A la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales du Languedoc-Roussillon, l'Observatoire Régional de la Santé a réalisé une étude portant sur les caractéristiques des parturientes et de leurs enfants. Cette étude doit permettre de préciser la prévalence des facteurs de vulnérabilité médico-sociaux à partir des données des certificats de santé du 8ème jour et de les analyser par bassins de naissance. Le présent rapport a pour objet d'exposer les résultats de ces différentes analyses.

## Références relatives au constat d'inégalités d'état de santé ou d'accès aux soins

---

ALLA F., SCHLERET Y., « La population accueillie et soignée par les centres de soins gratuits de la Mission France de Médecins du Monde. », Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales en Lorraine, 1996

AUVRAY L., S. DUMESNIL, P. LE FUR, « Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 2000 », Rapports CREDES n°1364 et 1364 bis, 2001

BLANPAIN N., « Etat de santé et accès aux soins des allocataires du RMI. », INSEE PREMIERE, n° 655, 1999

BOCOGNANO A., S. DUMESNIL, L. FREROT, P. LE FUR, C. SERMET, « Santé, soins et protection sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale. France 1998 », Rapports CREDES n°1282 et 1282bis, 1999

BOCOGNANO A., A. COUFFINHAL, S. DUMESNIL, M. GRIGNON, « La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. », Rapport CREDES n°1317, 2000

BOISSELOT P., M.-C. REMOND, « Niveau de protection sociale et consommation de soins. Les Français et leur santé : enquête 1991-1992. », SOLIDARITE SANTE - ETUDES STATISTIQUES, n° 1, pp.143-157, 1994

Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, « Enquête santé avec les bénéficiaires du R.M.I. C.L.I. du Lodévois 34. Données 1992. », 1993

DALMAYRAC-CORNUT S., C. UNGERER, M. OTT, « Le dépistage en Alsace : un état des lieux. », Observatoire Régional de Santé d'Alsace Lorraine, 1997

EECKHOUDT L., E. CALES, B. DERVAUX, « Identification des variables explicatives du recours aux soins en lien avec les comportements de prévention et en présence de risques multiples. Rapport final. », Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion, 1998

LECOMTE T., An. MIZRAHI, Ar. MIZRAHI, « Recours aux soins et morbidité des personnes sans domicile permanent en région parisienne. », BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, vol. 181, n° 8, pp.1715-1728, 1997

LEFEVRE C., « Couverture maladie et RMI : perceptions et réalités. Des résultats d'enquête », Revue Française des Affaires Sociales, 2 : 77-93, 1999

LE FUR P., V. PARIS, H. PICARD, D. POLTON, « Les trajectoires des patients en Ile-de-France : l'accès aux plateaux techniques. Tome 1 : résultats. », Rapport CREDES n° 1304, 2000

LUCAS V., F. TONNELIER, « Distances d'accès aux soins en 1990. », Rapport CREDES n°1098, 1995

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.), « Les inégalités d'accès aux soins. Inégalités, santé, exclusions. », PREVENIR, n° 28, pp.7-28, 1995

Mizrahi An, Ar. Mizrahi, « Evolution des disparités des dépenses médicales 1970-1980-1991 : enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980, 1991-92. » Rapport CREDES, n°1168, 1997

MORMICHE, « L'accès aux soins : évolution des inégalités entre 1980 et 1991 », *ECONOMIE & STATISTIQUE*, 1995/02 ; n° 282, pp. 3-19 , 1995

Observatoire Régional de la Santé du Nord Pas de Calais, « Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours. », 2000

Observatoire Régional de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur, « Accès aux soins des personnes démunies dans les Bouches-du-Rhône. », 1992

TONNELIER F., « L'impossible équité spatiale en France De l'analyse économique aux politiques de santé : actes de l'atelier 4 », *Rapport CREDES n°973*, 1993

TONNELIER F., « Accès aux soins : inégalités géographiques et justice sociale. », *INTERNATIONAL JOURNAL OF BIOETHIC*, vol. 7, n° 2, pp.94-98, 1996

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté, « Santé et milieu rural. L'accès aux soins. », 2000

Union régionale des médecins libéraux d'Ile de France, « Enquête sur le handicap et l'accessibilité des soins », 1999

VOLATIER J.-L., « Les opinions des Français sur l'accès au système de soins », *CREDOC*, 1993