

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)

Note de synthèse

Le rapport se présente en deux parties : une revue de littérature, essentiellement américaine, pose les problèmes méthodologiques (et présente quelques solutions) liés à la mesure de l'accès aux soins en lien avec des dispositifs publics. Ensuite, une revue des principaux outils disponibles sur le cas français permet de définir une méthode d'évaluation de l'impact des dispositifs publics d'accès aux soins et de choisir les thèmes et populations qui pourront faire l'objet d'études empiriques.

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

- l'approche, dite IOM, 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 Donabedian, 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, dite Andersen-Aday, 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'enquête ; 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.

Quelles applications dans le cas français ?

Les méthodes décrites ci-dessus 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).

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'agencent-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)
- des études de sensibilité de la population aux évolutions de politiques observées entre deux ou plusieurs observations