

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?

Revue de littérature

Yann Bourgueil (Irdes ; Prospere), Florence Jusot (Université de Rouen ; Irdes ; Leda-Legos), Henri Leleu (Irdes) et le groupe AIR Project

Après avoir rappelé la définition des soins primaires et expliqué leur rôle en tant que principes organisateurs des systèmes de soins pour réduire les inégalités sociales de santé, nous présentons une revue de littérature ciblée sur les interventions efficaces dans ce domaine. Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions). Trois champs d'intervention en soins primaires ont été distingués : le premier concerne le développement de la prévention de la santé ; le second, l'amélioration de l'accès financier aux soins en direction de populations spécifiques ; et le troisième, les pratiques qui visent à améliorer la qualité des soins, pour l'ensemble de la population, dans le cadre d'un réaménagement de l'organisation du système de soins.

D'importantes inégalités sociales de santé, c'est-à-dire des différences d'état de santé entre groupes sociaux, existent dans l'ensemble des pays européens (Mackenbach *et al.*, 2008 ; van Doorslaer *et al.*, 2004). À la suite notamment d'un rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008), ces inégalités ont été reconnues comme un problème de santé publique majeur. La réduction des inégalités sociales de santé est ainsi un objectif affiché dans de nombreux pays européens (Jusot, 2010), y compris en France où cette question a été mise à l'agenda politique à la suite d'un rap-

port du Haut Conseil de santé publique (HCSP, 2009).

La mise en place d'une telle politique nécessite de définir les leviers d'action possibles. Deux projets européens, DETERMINE (Needle, 2008) et EUROTHINE (Erasmus, 2008), ont analysé les actions portant sur les déterminants sociaux de la santé et recommandent la mise en place d'interventions visant à améliorer l'accès à l'éducation, les conditions de travail et de logement, et plus généralement, à réduire les inégalités de revenus (Bambra *et al.*, 2010). Le projet européen AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions)

propose, quant à lui, d'étudier la possibilité de réduire les inégalités de santé au travers de politiques et d'actions mises en œuvre au sein du système de soins, et plus particulièrement dans le secteur des soins primaires. Dans le cadre de ce projet, une revue de littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions menées dans ce secteur, et qui ont montré leur efficacité pour réduire les inégalités de santé, de consommation de soins ou de comportements liés à la santé. Après un rappel des principaux arguments justifiant la mise en place d'interventions dans le secteur des soins primaires pour réduire les inégalités de santé, nous pré-

sentons les conclusions de la revue de littérature.

Les soins primaires : définition et théorie

Depuis sa définition lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978, le concept de soins primaires est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Dans son acception opérationnelle, le concept de soins primaires renvoie aux notions de premiers recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires. Les médecins généralistes en sont en général des acteurs essentiels bien que la notion d'équipe associant d'autres professions soignantes et sociales, apparaisse plus à même de répondre à la complexité des situations présentes aujourd'hui dans le secteur ambulatoire (OMS 2008).

L'intérêt, pour réduire les inégalités sociales de santé, de mener des actions dans le système de soins s'appuyant sur le secteur des soins primaires, a déjà été souligné (Couffinhal *et al.*, 2005).

En théorie, si la population a un contact régulier avec son médecin généraliste, s'appuyer sur ce dernier et/ou l'équipe de soins en première ligne semble être un moyen de garantir l'accès universel aux soins, et plus largement de conduire l'ensemble des patients à une meilleure gestion et prise en charge de leur santé. Atteindre ce dernier objectif suppose d'aider les patients à réduire leurs comportements à risques et développer des comportements préventifs. En cas de maladie, les acteurs de soins primaires paraissent bien placés pour faciliter une bonne utilisation du système de soins par le patient, notamment des soins secondaires. De même, ils peuvent également favoriser une bonne observance des traitements et prescriptions ainsi que l'apprentissage de la vie avec la maladie. Les compétences en santé s'acquièrent et se transmettent autant par des relations interindividuelles durables et répétées (entre patients, comme entre patients et professionnels) que par la communication de masse (campagnes d'information). Le système ambulatoire ou de soins primaires, parce qu'il est plus proche des patients et ce, dans tous les groupes sociaux, permet ces relations interindividuelles, et peut donc en théorie contribuer à la réduction des inégalités de santé.

La réduction des inégalités de santé par les soins primaires en tant que principes organisateurs des systèmes de soins

La contribution des soins primaires à la réduction des inégalités de santé peut être appréhendée du point de vue systémique des principes d'organisation des systèmes de santé.

Des études comparatives ont montré des inégalités dans la consommation de soins dans tous les systèmes de santé européens (par exemple, Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or *et al.*, 2009 ; Jusot *et al.*, 2012 ; Devaux et de Looper, 2012). Ces inégalités sont importantes pour les soins de spécialistes, les soins dentaires et optiques ou encore les soins préventifs, alors que le recours aux soins de généralistes est plus équitablement réparti.

Cependant, les inégalités sociales de recours aux soins sont réduites dans les pays disposant de systèmes nationaux de santé, où le reste à charge des patients est limité et où les médecins généralistes jouent le rôle de *gatekeeper** (Bago d'Uva et Jones, 2009 ; Or *et al.*, 2009), les inégalités sociales de santé étant par ailleurs réduites dans les pays où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante (Dahl *et al.*, 2006 ; Eikemo *et al.*, 2008).

Par ailleurs, l'analyse des politiques mises en œuvre en Europe pour réduire des inégalités de santé souligne tout d'abord que ce sont les pays d'Europe structurés selon les principes des soins primaires, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède, qui ont été les premiers à mettre en œuvre de véritables stratégies de réduction des inégalités sociales de santé (Jusot, 2010). Ainsi au-delà d'interventions isolées, c'est le principe même d'une organisation globale et intégrée du système de santé qui semble permettre l'émergence de politiques publiques coordonnées se donnant comme objectif affiché la lutte contre les inégalités, ce qui, selon

* Les mots ou expressions suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire p. 2.

GLOSSAIRE

L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) est un dispositif qui a été mis en place en 2005, en France, pour aider les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) à acquérir une couverture santé complémentaire.

Disease management, ou Programme spécifique de prise en charge des maladies chroniques, vise à favoriser une meilleure prise en charge par les patients eux-mêmes de leur maladie et de leur proposer un programme d'accompagnement spécifique, conformément aux recommandations médicales et au protocole en vigueur.

Gatekeeping désigne la coordination de l'ensemble des soins par le médecin traitant, qui contrôle l'accès au second recours (les spécialistes et l'hôpital...).

Managed care, ou soins intégrés, désigne une organisation des soins en réseaux visant à une rationalisation de la gestion des maladies et une meilleure

gestion financière. Les *managed care* coordonnent les prises en charge entre ville et hôpital.

Pay for Performance, ou Paiement à la performance par objectif de santé publique, repose sur une incitation financière faite aux médecins généralistes qui respectent des objectifs de santé publique, traduits en une liste d'indicateurs de « bonnes pratiques ».

Quality Outcome Framework (QOF) est un programme de paiement à la performance, mis en place au Royaume-Uni en 2004 auprès des médecins généralistes et cabinets de groupes, qui repose sur une liste d'indicateurs de qualité cliniques, organisationnels, et de satisfaction du patient.

Un safety net hospital aux Etats-Unis, littéralement un « hôpital filet de sécurité », accueille et prend en charge gratuitement des personnes qui accèdent difficilement aux soins en raison soit de la précarité de leur situation, soit de l'absence d'assurance, soit de leur état de santé.

Whitehead (2008), est une démarche nécessaire pour atteindre cet objectif. Des travaux comparatifs ont ainsi montré que les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts », comme l'Australie, le Canada, le Japon, la Suède, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni, sont en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires « faibles », car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec des dépenses de santé mieux maîtrisées (Macinko *et al.*, 2003).

Sans aller jusqu'à une organisation du système de santé autour des soins primaires, des interventions isolées mobilisant ce secteur peuvent également être envisagées pour réduire les inégalités de santé. L'objectif de la revue de littérature réalisée dans le cadre du projet AIR était ainsi de recenser les actions et pratiques mises en œuvre dans le secteur des soins primaires, dont l'effet sur les résultats de santé parmi les groupes socio-économiques a donné lieu à évaluation.

Les soins primaires : un secteur cible d'interventions efficaces pour réduire les inégalités de santé

Cette revue de la littérature, dont nous présentons ici les principaux résultats, visait à identifier les articles publiés de janvier 2000 à février 2010 proposant une évaluation des effets - par groupes socio-économiques ou pour des groupes défavorisés - d'interventions menées dans le secteur des soins primaires sur l'état de santé, la consommation de soins ou les comportements à risques (encadré Méthode). Quarante-huit interventions ayant donné lieu à une publication isolée et dix revues de littérature ont été retenues. La plupart de ces interventions avaient été menées aux Etats-Unis (80 %), les autres au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en France et en Hongrie.

Une classification a été élaborée pour distinguer les champs et les types d'« actions » qui ont montré leur effica-

cité à réduire les inégalités socio-économiques de santé (voir ci-dessous). Ces interventions ont ainsi pu être regroupées en trois ensembles : les interventions visant à améliorer l'accès financier aux soins, par la gratuité des soins ou par une assurance maladie gratuite ou subventionnée, les interventions de promotion de la santé dans le cadre communautaire et les interventions sur l'organisation des soins.

Une couverture assurantielle complète du coût des soins augmente le recours aux soins et l'améliore, de même que l'état de santé des plus pauvres

Les politiques et mesures mises en œuvre pour tenter d'améliorer l'accès financier aux soins peuvent prendre deux formes principales : d'une part, l'amélioration de la couverture assurantielle, d'autre part la fourniture de soins gratuits. La première inclut l'amélioration de la couverture assurantielle de certaines catégories de population à travers non seulement l'offre d'une

assurance gratuite ou subventionnée, mais également la réduction du ticket modérateur ou encore des mesures visant à simplifier les démarches pour faire valoir les droits aux assurances publiques. L'offre de soins gratuits inclut tant les mesures de dépistage et de vaccination gratuits, les soins dentaires gratuits, que le recours à des *safety net hospitals**. Dans cette catégorie, les actions se concentrent généralement sur les plus pauvres et sont mises en œuvre de manière globale, à l'échelle du système de soins, et souvent sur le long terme.

La littérature établit clairement que la fourniture d'une couverture complète du coût des soins des populations auparavant non couvertes augmente leur recours aux soins. Plusieurs travaux ont également mis en évidence une amélioration des résultats sanitaires, en particulier chez les plus pauvres et les enfants. Ces conclusions ont notamment été établies à partir des modifications des critères d'éligibilité à Medicaid aux Etats-Unis (Currie *et al.*, 2008) ou de la mise en œuvre de la CMU en

Classification des interventions recensées dans la revue de la littérature

Champs d'interventions	Nature des interventions	Exemples
L'accès financier aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Assurance maladie gratuite ou subventionnée Soins gratuits 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) Aide pour une complémentaire santé (ACS) Dépistage des cancers du sein, du côlon... Vaccination Prévention soins mère-enfant (Protection maternelle et infantile (PMI))
Les actions de prévention ciblée	<ul style="list-style-type: none"> Information adaptée aux populations Actions de modification du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> Documents multilingues Éducateurs non professionnels et professionnels bilingues Prévention de la transmission du VIH, tabagisme, nutrition...
L'organisation du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> Non spécifiques aux inégalités de santé Orientées vers certaines populations défavorisées 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de <i>disease management</i> : insuffisance cardiaque et diabète Programmes de <i>case management</i> Paieement à la performance par objectif Interventions ciblées sur : les soins particuliers aux enfants Dépistage et soins par des équipes de soins dédiées (médecins généraliste, infirmière, assistante sociale...)
Intervention chapeau	<ul style="list-style-type: none"> Cadre contractuel type pour financer des interventions sur mesure qui visent à réduire les inégalités et sont initiées ainsi que développées par les acteurs locaux 	

France (Grignon *et al.*, 2008). Elles sont aussi comparables aux résultats des deux grandes expériences menées aux États-Unis sur cette question : les expériences conduites par la RAND dans les années 1970 (Newhouse, 1993) ou, récemment, dans l'Oregon (Finkelstein *et al.*, 2011).

Cependant l'amélioration de l'accès théorique aux soins ne suffit pas à éliminer les inégalités de consommation de soins et de santé. Plusieurs travaux montrent tout d'abord l'existence d'un non-recours pour l'ensemble des dispositifs visant à fournir une assurance gratuite ou subventionnée. Le subventionnement partiel des primes d'assurance pour les plus pauvres apparaît globalement inefficace. La prime résiduelle laissée à la charge de l'assuré, même d'un montant limité, ferait notamment obstacle à la souscription d'une assurance par les plus modestes. Le faible taux de recours à l'Aide pour une complémentaire santé (ACS)* en France en est un exemple (Guthmuller *et al.*, 2011), en accord avec plusieurs études menées aux États-Unis (Auerbach & Ohri, 2006 ; Thomas, 2010 ; Marquis & Long, 1995). On observe également un taux de non-recours pour des dispositifs visant à fournir des assurances gratuites aux plus pauvres, comme Medicaid aux États-Unis (Currie, 2006) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en France (Dufour-Kippelen *et al.*, 2006). Ce non-recours peut cette fois s'expliquer par une mauvaise connaissance des critères d'éligibilité, par la complexité des démarches ou encore par la peur d'une stigmatisation associée au bénéfice d'une aide sociale (Currie, 2006). L'aide à la souscription par un dialogue en face à face semble alors efficace pour éliminer partiellement ces barrières (Niescierenko, 2006).

Par ailleurs, des différences de niveaux de qualité des soins entre les soins gratuits et payants ont été observées (Bradley, 2008). De plus, les patients disposant d'une couverture gratuite peuvent être victimes de refus de soins (Currie, 2000 ; Després, 2010) lorsque le dispositif s'accompagne d'une moindre rémunération pour les médecins.

**Des actions de prévention
très nombreuses, dont l'efficacité
auprès des populations vulnérables
a été démontrée**

Les actions menées dans le domaine de la prévention, qui occupent une place prédominante au sein de la revue de la littérature, ont pour objectif d'agir sur les comportements et les styles de vie qui contribuent à renforcer les inégalités de santé. Elles incluent notamment la prévention primaire et secondaire et l'éducation pour la santé. L'OMS définit la prévention primaire comme l'ensemble des actes destinés à réduire l'apparition des nouveaux cas. Elle fait appel à l'éducation et à l'information auprès de la population. La prévention secondaire désigne, quant à elle, l'ensemble des actes visant à dépister les maladies au stade précoce.

S'agissant de la prévention primaire, les initiatives et les pratiques identifiées dans la revue de littérature sont, pour nombre d'entre elles, relatives à des questions de nutrition : prévention de l'obésité (Resnicow K. *et al.*, 2000 ; Hollar D. *et al.*, 2010), amélioration de la qualité de l'alimentation des enfants (Hoynes H.W. *et al.*, 2009 ; Ilett & Freeman, 2004) et des adultes (Havas *et al.*, 2003 ; Birmingham *et al.*, 2004) et prévention du diabète (Nine *et al.*, 2003 ; Auslander *et al.*, 2002). D'autres actions se concentrent sur plusieurs objectifs : lutte contre la transmission du virus VIH (DeMarco *et al.*, 2009 ; Dancy *et al.*, 2000), lutte contre le tabagisme (Guilamo-Ramos *et al.*, 2010 ; Wadland *et al.*, 2001) et l'utilisation des drogues (Wechsberg *et al.*, 2007), prévention du risque de maladie cardio-vasculaire (El Fakiri *et al.*, 2008), promotion de la vaccination (Schensul, 2009) et en particulier contre l'hépatite B (Deuson *et al.*, 2001 ; Chang *et al.*, 2009), augmentation du bien-être psychologique (Barnet *et al.*, 2007 ; Schutgens *et al.*, 2009). Pour sa part, la prévention secondaire renvoie principalement aux actions de dépistage des maladies cardio-vasculaires (Horgan *et al.*, 2010), le diabète (Porterfield *et al.*, 2004 ; Goyder *et al.*, 2008) et les cancers, notamment le cancer colorec-

REPÈRES

Cette revue de littérature a été réalisée dans le cadre du projet européen AIR (Addressing Health Inequalities Interventions in Regions). L'objectif final de ce projet, regroupant plusieurs équipes représentant chacune une région d'un pays européen partenaire, est, d'une part, de recenser les actions effectivement menées dans le secteur des soins pour réduire les inégalités sociales de santé à l'échelle régionale en Europe, et, d'autre part, d'évaluer leur efficacité. Dans le cadre de ce projet, l'Irdes était en charge de la réalisation d'une revue de littérature sur les interventions en soins primaires permettant de réduire les inégalités de santé et dont l'évaluation avait donné lieu à publication.

Pour en savoir plus :

<http://www.air.healthinequalities.eu/>
<http://www.air.healthinequalities.eu/sites/default/files/AIR%20Project%20WP4%20Report.pdf>

tal, du sein et du col de l'utérus (Blumenthal *et al.*, 2005 ; Gourin *et al.*, 2009).

La plupart des actions et politiques mises en œuvre dans le cadre de la prévention s'adressent aux populations économiquement défavorisées et à des groupes de populations spécifiques. La littérature suggère la nécessité de fournir une information adaptée tant d'un point de vue culturel que linguistique (Black *et al.*, 2000 ; Arblaster *et al.*, 1996). L'une des difficultés des pratiques de prévention réside en effet dans la capacité à dispenser une intervention adaptée à différents groupes sociaux. L'impact de ce mode de transmission, qui vise à réduire l'effet des barrières culturelles, a été évalué et a montré notamment que les interventions en face à face sont préférables aux campagnes de masse (Spadea *et al.*, 2010). Celles-ci sont généralement assurées par des éducateurs non professionnels ou par des professionnels bilingues (infirmières, éducateurs, cliniciens). Parfois, un suivi téléphonique ou des visites régulières sont nécessaires. L'accompagnement personnel et le travail social de proximité semblent également contribuer au succès de ce type d'action. Toutefois, la mise en place d'un dialogue culturellement adapté est difficile car elle implique un nombre important d'interventions de petite taille et sur mesure, comme

le suggèrent les conclusions du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Plusieurs articles suggèrent alors que la création d'un cadre légal ou/et financier (intervention chapeau) peut faciliter la mise en œuvre d'un grand nombre d'interventions locales sur mesure (Wendel-Vos *et al.*, 2009 ; Or *et al.*, 2009 ; McKinney *et al.*, 2002), comme les ateliers-ville en France.

La littérature souligne également que les initiatives doivent en premier lieu cibler les pathologies contribuant le plus aux inégalités de santé, telles que les maladies cardio-vasculaires, qui représentent la moitié de la mortalité excessive entre les groupes de niveaux sociaux bas et élevés en Europe (Mackenbach, 2008). La prévention contre le tabagisme et l'éducation alimentaire sont donc à ce titre des priorités.

Enfin, le rôle joué par les médecins de soins primaires dans la prévention n'apparaît pas clairement dans la littérature. Même si le constat de faibles inégalités d'accès aux médecins généralistes en

Europe joue en faveur de leur attribuer un rôle central dans la prévention, la plupart des interventions dans ce domaine ont été réalisées dans le cadre de la communauté plutôt qu'au sein des structures de soins.

Les mesures visant à améliorer la qualité des soins en population générale, à travers l'organisation des soins, participeraient à réduire les inégalités de santé

Les initiatives et mesures contribuant à améliorer la qualité des soins recouvrent notamment des changements intervenant dans l'organisation des soins – mise en place de programmes de *disease management** pour la prise en charge des maladies chroniques, *managed care**, promotion du travail en équipe – ainsi que des mesures d'ordre financier telles que le paiement à la performance par objectif*. Ces mesures s'inscrivent en général dans de plus vastes réformes des systèmes de santé et n'ont pas été mises en œuvre directement dans une

perspective de réduction des inégalités de santé. Elles ne sont donc pas orientées vers une population spécifique – populations étrangères ou catégories à faibles niveaux de revenus – mais vers la population générale. Néanmoins, certaines ont été évaluées au regard de l'objectif de réduction des inégalités de santé.

La revue de littérature montre ainsi que la collaboration entre les professionnels de santé et les programmes de *disease management* orientés vers des populations défavorisées peuvent présenter une certaine efficacité en termes de réduction des inégalités de santé. Par exemple, le travail en équipe avec une infirmière spécialisée a contribué à réduire les symptômes de dépression dans une population à faible niveau de revenus (Arean *et al.*, 2005). De même, les programmes de *disease management* pour l'insuffisance cardiaque (Walker *et al.*, 2004) et le diabète (Coberley *et al.*, 2007) ont amélioré respectivement les symptômes et la qualité des soins dans les populations immigrées. De manière comparable, on pourrait supposer que le paiement à la performance, qui propose des incitations financières dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins, offre la possibilité aux praticiens, notamment, de consacrer plus de temps aux populations fragilisées. Cependant, l'évaluation du *Quality Outcome Framework (QOF)**, l'initiative britannique du paiement à la performance, donne des résultats contradictoires (Dixon, Khachatryan, 2010). Si le QOF semble avoir réduit les différences sociales pour les indicateurs de pression sanguine (Ashworth, 2008), il n'a eu aucun effet sur les indicateurs du diabète (Millett *et al.*, 2007). De plus, comme le soulignait une revue récente, les travaux d'évaluation du QOF en termes d'équité sont peu nombreux et souffrent de nombreuses limites méthodologiques (Boeckxstaens *et al.*, 2011).

Le paiement à la capitation dans le cadre du *managed care*, n'a pas amélioré spécifiquement la prise en charge des populations vulnérables (Currie et Fahr, 2005 ; Kaestner *et al.*, 2002). De la même manière, les initiatives prises spécifiquement pour réduire les inéga-

MÉTHODE

La revue de la littérature évaluant les effets d'interventions menées dans le secteur des soins primaires sur l'état de santé, la consommation de soins ou les comportements à risques a été réalisée en sélectionnant les articles publiés entre janvier 2000 et février 2010 à partir de bases de données : MEDLINE, celles du NBER, de la revue *Cochrane*, du *Health Policy Monitor*, et du rapport du projet EUROTHINE. Les bases de données nationales telles que la BDSF et Cindoc ont par ailleurs été mobilisées en France, aux Pays-Bas, en Belgique et en Italie. Une première sélection a été réalisée à partir de mots clés, issus de la terminologie MESH, visant à identifier des articles portant à la fois sur les soins primaires, les inégalités de santé et l'évaluation.

Concernant les soins primaires, les mots clés faisaient référence aux services rattachés au secteur des soins primaires, tels que la promotion de la santé, l'accès au diagnostic et traitement des maladies fréquentes, les soins maternels et infantiles, ainsi qu'aux caractéristiques de leur mode d'organisation, avec les notions de premiers recours, de traitements coordonnés et complets, centrés sur la personne et le long terme ou encore les modes de rémunération des professionnels. Les mots clés relatifs aux inégalités de santé faisaient quant à eux référence aux notions de différences, d'inégalité, d'iniquité, mais également aux déterminants sociaux de la santé. Enfin, les mots clé relatifs à la notion d'évaluation visaient à prendre en compte aussi bien des évaluations de programme que des études interventionnelles.

À l'issue de cette première étape, une seconde sélection a été opérée sur la base du titre des articles et de leur résumé. Seuls ont été retenus les articles qui décrivaient une intervention menée en soins primaires dans un pays développé, dont le but était de réduire les inégalités de santé, ou dont les résultats en termes de santé ou de comportements liés à la santé étaient évalués pour des groupes sociaux spécifiques.

Sur les 1 044 articles identifiés sur MEDLINE, 89 ont été retenus. 6 articles ont été identifiés dans les revues *Cochrane*, 4 dans la base du *Health Policy Monitor*, 2 dans le rapport EUROTHINE et 7 dans la base du NBER. Au total, 108 articles ont été analysés, 98 concernant des interventions isolées et 10 correspondant à des revues de littérature sur des interventions.

lités de santé, qui renvoient le plus souvent à des nouveaux services proposés dans les zones défavorisées – la plupart étant des interventions expérimentales à petite échelle – n'ont pas fourni les résultats attendus, hormis dans le cas d'une initiative d'amélioration de la qualité des services de désaccoutumance au tabac dans la population afro-américaine (Fisher *et al.*, 2004).

Au total et en dépit de ses limites (cf. encadré Limites), cette analyse de la littérature souligne donc le rôle important joué par le secteur des soins primaires dans la réduction des inégalités socio-économiques de santé à travers l'amélioration de l'accès financier aux soins, les actions de prévention ciblées dans la communauté ou encore, et dans une moindre mesure, certaines pratiques visant une meilleure organisation des soins.

Quels enseignements dans le contexte français ?

Les soins primaires définis comme de premiers recours, ne constituent pas en France un axe aussi structurant de la politique de santé qu'il l'est au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves.

Les politiques menées pour répondre aux inquiétudes et aux tensions générées par les perspectives d'évolution de la ressource humaine disponible en santé, le vieillissement de la population, ont été principalement sectorielles (urgences, réseaux par pathologies, plans par problèmes de santé – Plan santé mentale, Programme national nutrition santé, Plan de démographie médicale, Plan cancer...). L'ensemble des évolutions récentes en France (réforme du médecin traitant en 2004, création des agences régionales de santé (ARS), schémas régionaux d'organisation des soins (Sros) ambulatoires, soutien aux organisations collectives comme les maisons de santé, introduction du paiement à la performance avec le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) témoigne d'un intérêt croissant pour une plus grande organisation des soins ambulatoires.

E1

Limites

Cette revue de la littérature comporte des limites. En premier lieu, le choix d'inclure exclusivement des mesures et initiatives évaluées restreint de fait la revue de la littérature à une partie seulement de ce qui est mis en œuvre, nombre d'actions menées n'ayant pas systématiquement fait l'objet d'évaluations. De même, l'évaluation de certaines pratiques n'a peut-être pas été publiée en raison de la faiblesse des résultats. Le taux d'efficacité des actions évaluées, estimé à plus de 70 % dans la présente revue de littérature, indique probablement un biais d'ordre méthodologique.

En second lieu, la prépondérance de travaux anglo-saxons, américains pour la plupart, présente le risque de limiter la possibilité de transposer ces résultats à d'autres pays dont l'organisation du système de santé diffère considérablement. En effet, les initiatives orientées spécifiquement vers les « minorités », de même que l'insuffisance de l'accès à la couverture maladie, constituent des problématiques très spécifiques aux Etats-Unis. En Europe, les populations étrangères ou les communautés ne sont pas toujours ciblées en tant que telles, et l'accès financier aux soins est parfois totalement garanti, notamment dans les systèmes nationaux de santé. La nature de l'organisation du système de santé à l'échelle « macro » semble bien avoir un impact sur les inégalités de santé et les stratégies à adopter en la matière. Enfin, la grande hétérogénéité des articles sélectionnés dans la revue de la littérature ne permet pas de proposer une analyse plus complexe, permettant notamment d'identifier des facteurs-clés de réussite ou d'efficacité pour chaque type d'action mis en œuvre en soins primaires.

Cependant, au-delà de la superposition de mesures et d'actions sectorielles et locales en France, se pose la question d'une approche plus intégrée mais également plus contraignante pour les professionnels et les patients pour organiser les parcours de soins entre différents niveaux de soins (cf. conclusion avis Hcaam¹ séance 22 mars 2012).

C'est également dans ce contexte que semble émerger la volonté de définir une politique de réduction des inégalités de santé qui irait au-delà de l'égalité d'accès aux soins défendue par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). En effet, le plan cancer 2009-2013 met en avant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé comme une question transversale. La France associe dans le même mouvement volonté politique de réduction des inégalités de santé et organisation des soins de santé primaires.

Deux options, non exclusives l'une de l'autre, sont donc possibles pour mettre en œuvre cette politique de réduction des inégalités de santé en s'appuyant

sur les soins primaires. La première consiste à emprunter les nombreuses pistes offertes par les actions isolées et les interventions diverses, orientées vers des publics ciblés en articulation avec les acteurs du système de soins plutôt que passant par eux. La revue de la littérature montre qu'elles ont une efficacité pour lutter contre les inégalités de santé, là où elles sont menées. En France, les Ateliers santé-ville et les futurs contrats locaux de santé peuvent s'apparenter à ce type d'intervention. La seconde option, plus structurelle, reposerait sur une modification de l'organisation du système de santé français autour des soins primaires, par exemple en renforçant le rôle du médecin traitant au sein de l'équipe de soins, en adaptant les modes de rémunération des médecins et des autres professionnels de santé libéraux, voire en rendant les soins primaires gratuits pour une population plus large que les seuls bénéficiaires de la CMU-C.

Quelles que soient les mesures adoptées dans le champ des soins primaires, l'évaluation de leurs impacts sur les inégalités de santé, au moment de leur conception comme après leur mise en œuvre, paraît nécessaire. Le très faible nombre de publications françaises sur ces thématiques témoigne à ce titre d'un enjeu pour les acteurs de la recherche en santé. ♦

¹ « Envisager une assurance maladie au service d'une politique de santé s'appuyant sur une médecine de « parcours » ne pourra, sans doute, pas se faire sans questionner certains équilibres actuels entre les libertés et les contraintes, tant des soignants que des malades, dans le système de soins. Mais cela doit permettre d'inscrire l'avenir de l'Assurance maladie dans un projet qui ait du sens au regard de ses principes fondateurs ».

POUR EN SAVOIR PLUS

- Arblaster L., Lambert M., Entwistle V., Forster M., Fullerton D., Sheldon T., et al. (1996). "A systematic review of the effectiveness of health service interventions aimed at reducing inequalities in health". *J Health Serv Res Policy*.1(2):93-103.
- Areal P.A., Ayalon L., Hunkeler E., Lin E.H., Tang L., Harpole L., et al. (2005). "Improving depression care for older, minority patients in primary care". *Med Care*. 43(4):381-90.
- Ashworth M., Medina J., Morgan M. (2008). "Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework. *BMJ*. 337:a2030. doi: 10.1136/bmj.a2030.a2030.
- Auerbach D., Ohri S. (2006). "Price and the demand for nongroup health insurance". *Journal Information*. 43(2).
- Auslander W., Haire-Joshu D., Houston C., Rhee C.W., Williams J.H. (2002). "A controlled evaluation of staging dietary patterns to reduce the risk of diabetes in African-American women". *Diabetes Care*. 25(5):809-14.
- Bago d'Uva T. et Jones A. M. (2009). "Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP". *Journal of Health Economics*, 28 : 265–279.
- Bamba C., Gibson M., Sowden A., Wright K., Whitehead M. & Petticrew M. (2010). "Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(4): 284-291.
- Barnett B., Liu J., DeVoe M., Alperovitz-Bichell K., Duggan A.K. (2007). "Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage". *AnnFamMed*. 5(3):224-32.
- Birmingham B., Shultz J.A., Edlefsen M. (2004). "Evaluation of a Five-ADay recipe booklet for enhancing the use of fruits and vegetables in low-income households". *J Community Health*. 29(1):45-62.
- Black M.E., Yamada J., Mann V. (2002). "A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening". *CanJ Public Health*. 93(5):386-93.
- Blumenthal D.S., Fort J.G., Ahmed N.U., Semanya K.A., Schreiber G.B., Perry S., et al. (2005). "Impact of a two-city community cancer prevention intervention on African Americans". *J NatlMed Assoc*. 97(11):1479-88.
- Boeckxstaens P et al. (2011). "The equity dimension in the quality and outcomes framework: A systematic review". *BMC Health Services Research*, 11:209
- Bradley CJ, Neumark D, Shickle LM, Farrell N. (2008). "Differences in breast cancer diagnosis and treatment: Experiences of insured and uninsured women in a safety-net setting". *Inquiry*, 45(3):323-39.
- Chang E.T., Sue E., Zola J., So S.K. (2009). "3 For Life: a model pilot program to prevent hepatitis B virus infection and liver cancer in Asian and Pacific Islander Americans". *Am J Health Promot*. 23(3):176-81.
- Coberley C.R., Puckrein G.A., Dobbs A.C., McGinnis M.A., Coberley S.S., Shurney D.W. (2007). "Effectiveness of disease management programs on improving diabetes care for individuals in health-disparate areas". *DisManag*. 10(3):147-55.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Geoffard P-Y., Grignon M., Jusot F., Lavis J., Naudin F., Polton D. (2005). « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, Série Synthèse, n° 92, juin.
- Currie J. (2000). *Child health in developed countries*. Elsevier, pp. 1053-90.
- Currie J. (2006). "The take-up of social benefits". In Auerbach, Alan J., David Card, and John M. Quigley (Eds.), *Poverty, the distribution of income, and public policy*: 80-148. New York: Russell Sage.
- Currie J., Decker S., Lin W. (2008). "Has public health insurance for older children reduced disparities in access to care and health outcomes?" *Journal of Health Economics*, 27, 6: 1407-1652.
- Currie J., Fahr J. (2005). "Medicaid managed care: effects on children's Medicaid coverage and utilization". *Journal of Public Economics*. 89(1):85-108.
- Dahl E., Fritzell J., Lahelma E., Martikainen P., Kunst A., Mackenbach J. (2006). "Welfare state regimes and health inequalities", in Siegrist J., Marmot M. (Eds), *Social inequalities in health – New evidence and policy implications*, Oxford University Press : 193-221.
- Dancy B.L., Marcantonio R., Norr K. (2000). "The long-term effectiveness of an HIV prevention intervention for low-income African American women". *AIDS EducPrev*. 12(2):113-25.
- DeMarco R.F., Kendricks M., Dolmo Y., Looby S.E., Rinne K. (2009). "The effect of prevention messages and self-efficacy skill building with innercity women at risk for HIV infection". *J AssocNurses AIDS Care*. 20(4):283-92.
- Després C. (2005). « La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés ». *Sciences sociales et santé*. 23(4):79-108.
- Deuson R.R., Brodovicz K.G., Barker L., Zhou F., Euler G.L. (2001). "Economic analysis of a child vaccination project among Asian Americans in Philadelphia". *ArchPediatrAdolescMed*. 155(8):909-14.
- Devaux, M., de Looper M. (2012). "Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008-2009", *OECD Health Working Papers*, No. 58.
- Dixon A., Khachatryan A. (2010). "A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework". *Qual Prim Care*.18(2):133-8.
- Dufour-Kippelen S, Legal A, Wittwer J. (2006). « Comprendre les causes du non-recours à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ». *Économie sociale et droit : Économie sociale et solidaire, famille et éducation, protection sociale et pauvreté*..347.
- El Fakiri, Hoes AW, Uitewaal PJ, Frenken RA, Bruijnzeels MA. (2008). "Process evaluation of an intensified preventive intervention to reduce cardiovascular risk in general practices in deprived neighbourhoods". *Eur J CardiovascNurs*. 7(4):296-302.
- Eikemo T.A., Huisman M., Bamba C., Kunst A.E. (2008). "Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries", *Sociology of Health & Illness*, Volume 30, Issue 4, pages 565–582, May.
- Erasmus M.C. (2008). "Eurothine-Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach", Final Report.
- Finkelstein A., Taubman S., Wright B., Bernstein M., Gruber J., Newhouse J.P., Allen H., Baicker K. The Oregon Health Study Group (2011). "The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year". NBER Working Paper, 17190.
- Fisher E.B., Strunk R.C., Sussman L.K., Sykes R.K., Walker M.S. (2004). "Community organization to reduce the need for acute care for asthma among African American children in low-income neighborhoods: the Neighborhood Asthma Coalition". *Pediatrics*. 114(1):116-23.
- Gourin CG, Kaboli KC, Blume EJ, Nance MA, Koch WM. (2009). "Characteristics of participants in a free oral, head and neck cancer screening program". *Laryngoscope*. 119(4):679-82.
- Goyder E., Wild S., Fischbacher C., Carlisle J., Peters J. (2008). "Evaluating the impact of a national pilot screening programme for type 2 diabetes in deprived areas of England". *FamPract*. 25(5):370-5.
- Grignon M, Perronnin M, Lavis JN. (2008). "Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France". *Health Economics*.;17(2):203-19.
- Guilamo-Ramos V., Jaccard J., Dittus P., Gonzalez B., Bouris A., Banspach S. (2010). The Linking Lives health education program: a randomized clinical trial of a parent-based tobacco use prevention program for african american and latino youths. *Am J Public Health*. Sep;100(9):1641-7.

SUITE...

- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Desprès C. (2011). «Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 162, février.
- Havas S., Anliker J., Greenberg D., Block G., Block T., Blik C., et al. (2003). "Final results of the Maryland WIC Food for Life Program". *PrevMed*. 37(5):406-16.
- [HCSP] Haut Conseil pour la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, Paris : La Documentation française, 2009/12, 103 p. (2009).
- Hollar D., Lombardo M., Lopez-Mitnik G., Hollar T.L., Almon M., Agatston A.S., et al. (2010). "Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children". *J Health Care Poor Underserved*. May;21(2 Suppl):93-108.
- Horgan J.M., Blenkinsopp A., McManus R.J. (2010). "Evaluation of a cardiovascular disease opportunistic risk assessment pilot ('Heart MOT' service) in community pharmacies". *J Public Health (Oxf)*. Mar;32(1):110-6.
- Hoynes H.W., Page M.E., Stevens A.H. (2009). "Is a WIC Start a Better Start? Evaluating WIC's Impact on Infant Health Using Program Introduction. NBER Working Papers.
- Ilett S., Freeman A. (2004). "Improving the diet of toddlers of Pakistani origin: a study of intensive dietary health education". *J FamHealth Care*.14(1):16-9.
- Jusot F. (2010). « Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe », In *Réduire les inégalités sociales en santé*, Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. (sous la dir.), Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action : 73-88.
- Jusot F., Or Z., Sirven N. (2012). «Variations in Preventive care utilisation in Europe», *European Journal of Ageing*, 9, 1 : 15-25.
- Kaestner R., Dubay L., Kenney G. (2002). "Medicaid managed care and infant health: a national evaluation". NBER working paper.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008). "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries". *The New England Journal of Medicine*, 358, 23: 2468-2481.
- Macinko J., Starfiels B., Shi L. (2003). "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998, *Health Serv Res*, 38 (3) : 831-65.
- McKinney MM, Marconi KM. (2002). "Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research". *Public Health Rep*. 117(2):99-113.
- Marquis MS, Long SH. (1995). "Worker demand for health insurance in the non-group market". *Journal of Health Economics*;14(1):47-63.
- Millett C., Gray J., Saxena S., Netuveli G., Khunti K., Majeed A. (2007). "Ethnic disparities in diabetes management and pay-for-performance in the UK: the Wandsworth Prospective Diabetes Study". *PLoS Med*. 4(6):e191.
- Needle C. on behalf of the DETERMINE Consortium (2008). 'Action summary: Improving health equity via the social determinants of health in the EU'. Update on the first year of work by the DETERMINE Consortium. Brussels: EuroHealthNet.
- Newhouse J.P. (1993), *Free for All ? Lessons from the RAND experiment*, Harvard University Press.
- Niescierenko ML, Cadzow RB, Fox CH. (2006). "Insuring the uninsured: A student-run initiative to improve access to care in an urban community". *J NatlMed Assoc*;98(6):906-11.
- Nine S.L., Lakies C.L., Jarrett H.K., Davis B.A. (2003). "Community-based chronic disease management program for African Americans". *OutcomesManag*.7(3):106-12.
- OMS (2008). « Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé.
- Or Z., Jusot F., Yilmaz E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2009). « Inégalités sociales de recours aux soins en Europe: Quel rôle pour le système de soins ? », *Revue Economique*, 60, 2 : 521-543.
- Or Z., Lucas V. [2009; cited 2010/01/01/] "Urban Health Networks". Available from: <http://www.hpm.org/survey/fr/a13/3>.
- Porterfield D.S., Din R., Burroughs A., Burrus B., Petteway R., Treiber L., et al. (2004). "Screening for diabetes in an African-American community: the Project DIRECT experience". *J NatlMed Assoc*. 96(10):1325-31.
- Resnicow K., Yaroch A.L., Davis A., Wang D.T., Carter S., Slaughter L., et al. (2000). "GO GIRLS!: Results from a nutrition and physical activity program for low-income, overweight African American adolescent females". *Health EducBehav*;27(5):616-31.
- Schensul JJ, Radda K, Coman E, Vazquez E. (2009). "Multi-level intervention to prevent influenza infections in older low income and minority adults". *Am J Community Psychol*. 43(3-4):313-29.
- Schutgens C.A., Schuring M., Voorham T.A., Burdorf A. (2009). "Changes in physical health among participants in a multidisciplinary health programme for long-term unemployed persons". *BMC Public Health*. 19;9:197.:197.
- Spadea T., Bellini S., Kunst A.E., Stirbu I, Costa G. (2010). "Inequalities in female cancer screening rates: a review of the impact of interventions promoting participation". Oxford University, *International Journal of Epidemiology*. 39:757-765.
- Thomas K. (2010). "Are subsidies enough to encourage the uninsured to purchase health insurance? An analysis of underlying behaviour". *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*.31(4):415.
- van Doorslaer E, Koolman X. (2004). "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries". *Health Economics*, 13, 7 :609-628.
- Wadland W.C., Soffelmayr B., Ives K. (2001). "Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care". *J FamPract*. 50(2):138-44.
- Walker D.R., Stern P.M., Landis D.L. (2004). "Examining healthcare disparities in a disease management population". *Am J ManagCare*. 10(2 Pt 1):81-8.
- Wechsberg W.M., Zule W.A., Riehman K.S., Luseno W.K., Lam W.K. (2007). "African-American crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention". *SubstAbuse TreatPrevPolicy*. 2:10.:10.
- Wendel-Vos GC, Dutman AE, Verschuren WM, Ronckers ET, Ament A, Van AP, et al. (2009). "Lifestyle factors of a five-year community-intervention program: the Hartslag Limburg intervention". *Am J PrevMed*. 37(1):50-6.
- Whitehead M. (1998). La lutte contre les inégalités de santé en Europe : comment les réduire, in *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politique publiques et pratiques professionnelles*, ENSP, 2008.