

---

# **Les inégalités sociales de santé : Quel constat ? Quels leviers d'action ?**

---

**Florence Jusot**

**LEDA-LEGOS (Université Paris-Dauphine)**

# Introduction

---

- Il existe en France de fortes inégalités sociales de santé (ISS), c'est-à-dire des différences d'état de santé entre des individus de situations sociales différentes (revenu, éducation, catégorie sociale, occupation, milieu d'origine, environnement social,....)
- Ces inégalités sont socialement construites et donc en partie évitables, et perçues comme particulièrement injustes
- Ces inégalités constituent aujourd'hui un objectif prioritaire de santé publique : il est donc nécessaire de trouver des leviers d'actions
- Parmi les leviers d'action possibles, quel est le rôle joué par l'organisation du système de santé et la protection sociale ?

---

# **Les inégalités de santé : une question d'actualité**

---

# Réduire les inégalités de santé : un objectif de santé publique récemment réaffirmé

---

- Le « droit à la santé » a été énoncé par l'OMS dès sa création
- L'objectif d'une réduction des inégalités de santé entre groupes sociaux a été énoncé dans la politique-cadre de la « Santé pour tous » de la Région européenne de l'OMS dès 1985
- Mais ce n'est que très récemment que cet objectif a été mis à l'agenda :
  - Rapport de la Commission des déterminants sociaux de l'OMS en 2008  
« Réduire le fossé en une génération - Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé »
  - Rapport du Haut conseil de santé publique en 2009 :  
« Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité »
  - Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009
  - Rapport de l'IGAS en 2011 :  
« Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action »
  - Prochaine loi de santé publique

---

# **Le constat des inégalités sociales de santé**

---

# Le constat des inégalités sociales de santé

---

- Il existe en France de fortes inégalités face à la mort
  - A 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre moins de 41 ans, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre plus de 47 ans
  - A 35 ans, un femme ouvrière peut s'attendre à vivre moins de 49 ans, alors qu'une femme cadre peut s'attendre à vivre prêt de 52 ans
- Ces inégalités existent pour tous les indicateurs de santé : mortalité, maladies, incapacités, état de santé perçu
- Ainsi les inégalités de mortalité se doublent d'inégalités de santé : au sein d'une vie plus courte, les plus défavorisés passent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé

# Le constat des inégalités sociales de santé

---

- Ces inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre pauvres /non pauvres ou manuels/non manuels
- Le risque de mauvaise santé diminue tout au long de la hiérarchie sociale : on appelle ceci le gradient social de santé

Esp. de vie à 35 ans 2000-2008	Cadre	Prof. Interméd.	Agriculteur	Artisan commerç.	Employé	Ouvrier	Inactif	Ens.
Hommes	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8
Femmes	51,7	51,2	59,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4

Source : Blanpain N. (2011), "L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent", Insee Première, 1372.

# Le constat des inégalités sociales de santé

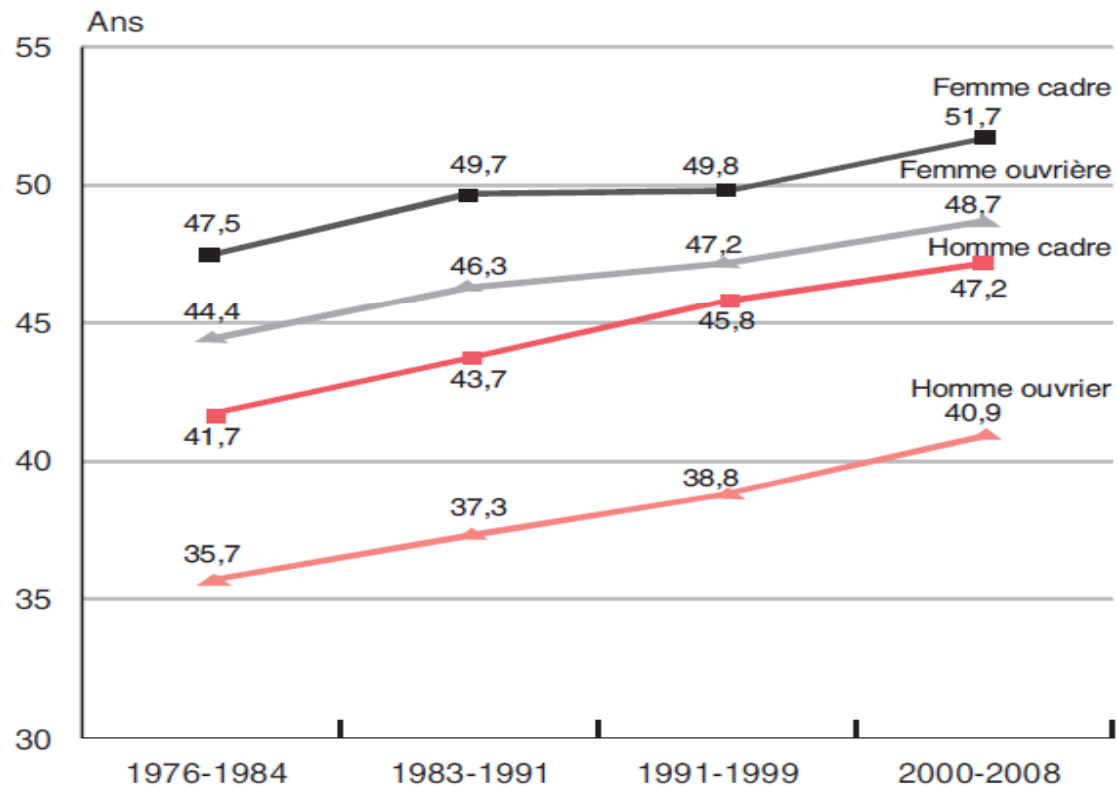
---

- Les inégalités sociales de santé ne semblent pas se réduire



# Evolution de l'espérance de vie à 35 ans des ouvriers et des cadres en France (Blanpain, 2011)

## ① Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ : France métropolitaine.

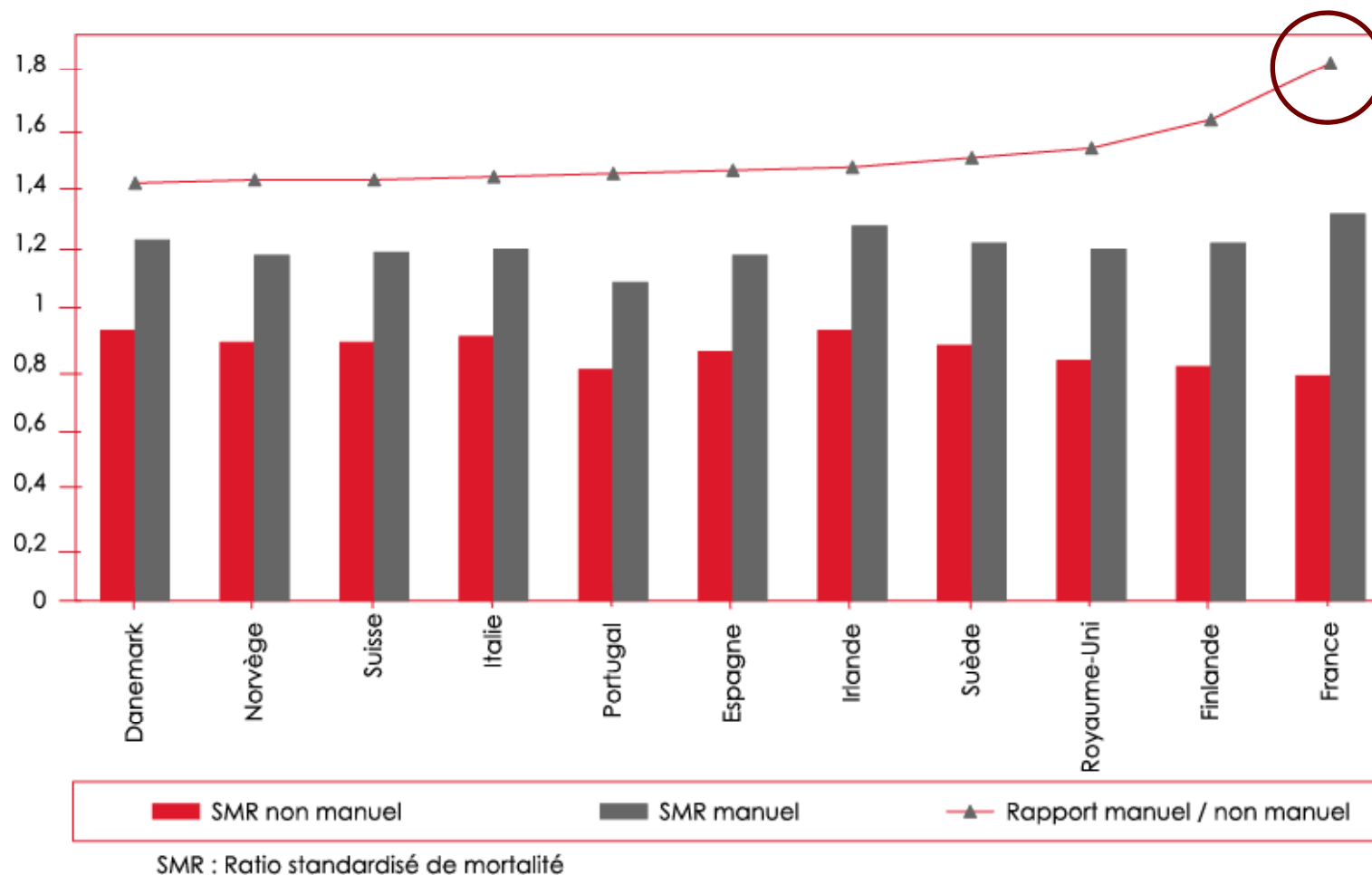
Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

# Le constat des inégalités sociales de santé

---

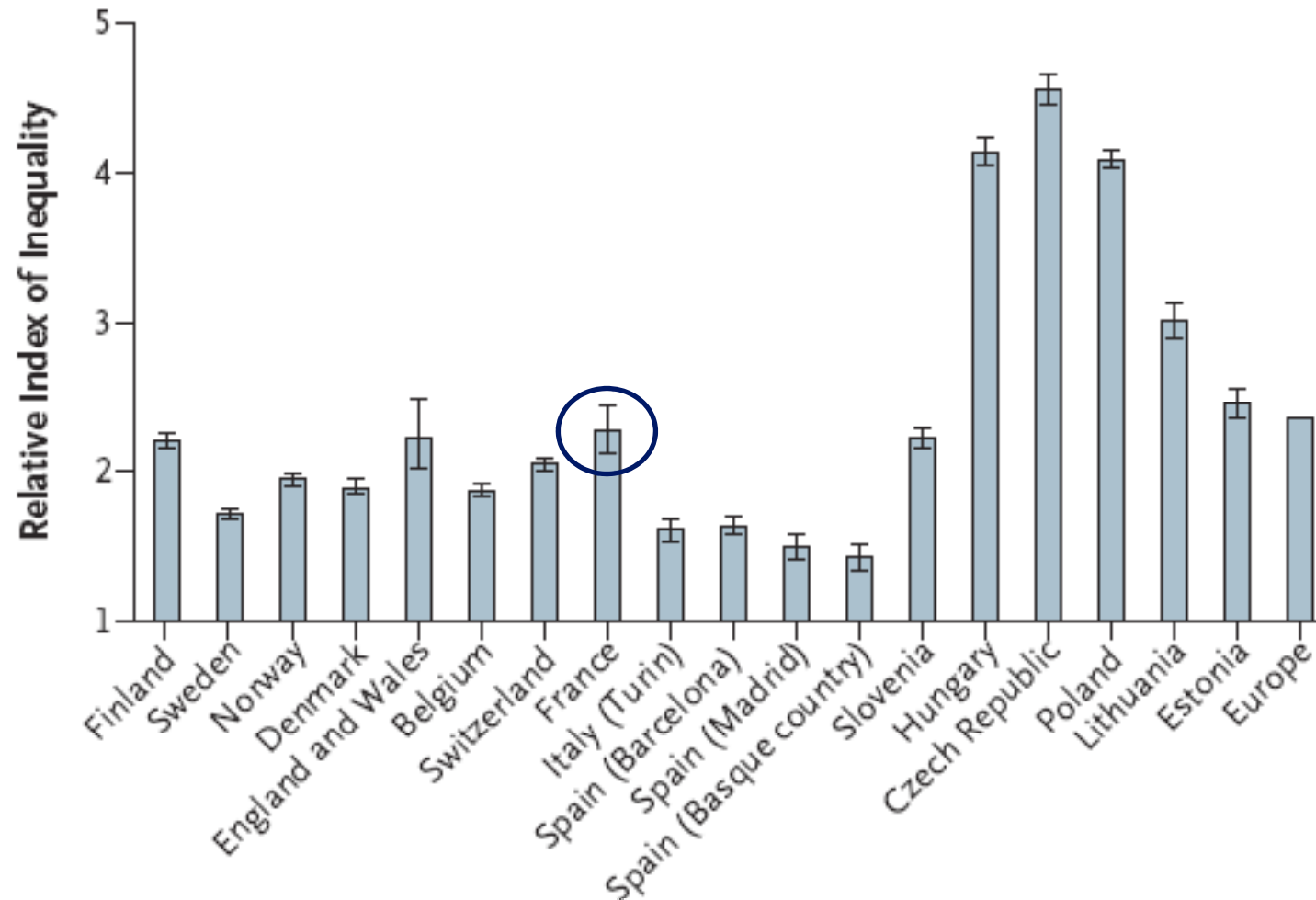
- La France est le pays de l'Europe des Quinze où les différences de risque de décès avant 65 ans entre manuels et non manuels sont les plus élevées

# Rapport comparatif de mortalité entre 45 et 59 ans des non manuels et des manuels dans 11 pays d'Europe (hommes)



Source : Kunst A.E., Groenhof F., Mackenbach J.P. and EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health (2000) "Inégalités sociales de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens", in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les Inégalités sociales de Santé*, Paris : La Découverte/INSERM.

## Indice relatif d'inégalités de mortalité selon le niveau d'éducation dans 18 pays d'Europe (hommes)



Source : 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.

---

# **Les causes des inégalités sociales de santé**

---

## Les grands types de causes

---

- **Conditions matérielles de vie** (logement, conditions de travail) actuelles ou passées (y compris dans l'enfance)
- **Effet inverse** de l'état de santé sur la situation sociale (notamment sur le marché du travail)
- **Comportements à risque** (tabac, alcool, obésité) mais conséquences différentes selon les groupes sociaux
- **Déterminants psycho-sociaux** : la susceptibilité aux maladies et la capacité à les combattre dépend du soutien social reçu ou au contraire de l'isolement, du stress au travail et dans la société
- **Difficultés d'accès aux soins**

---

## **Des inégalités de recours aux soins**

---

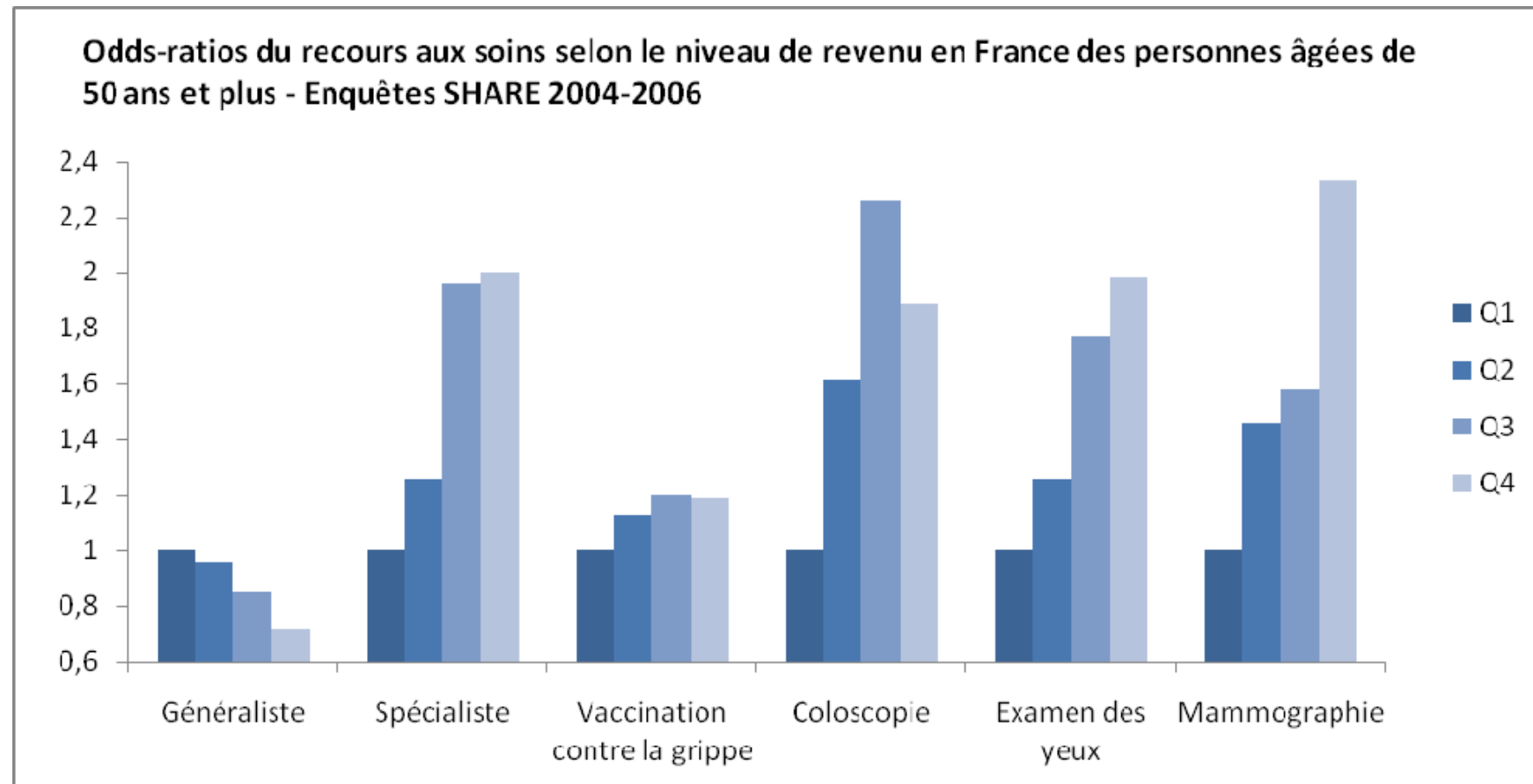
# Des inégalités de recours aux soins

---

- On constate en France des inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins à besoin de soins donnés
- On constate peu de différences pour le recours aux soins de généraliste mais des inégalités en faveur des plus riches pour le recours aux soins de spécialistes et le recours aux soins préventifs
- Il existe des inégalités d'accès aux soins dans tous les pays d'Europe, mais ces inégalités sont assez fortes en France, surtout pour les soins de prévention et spécialisés



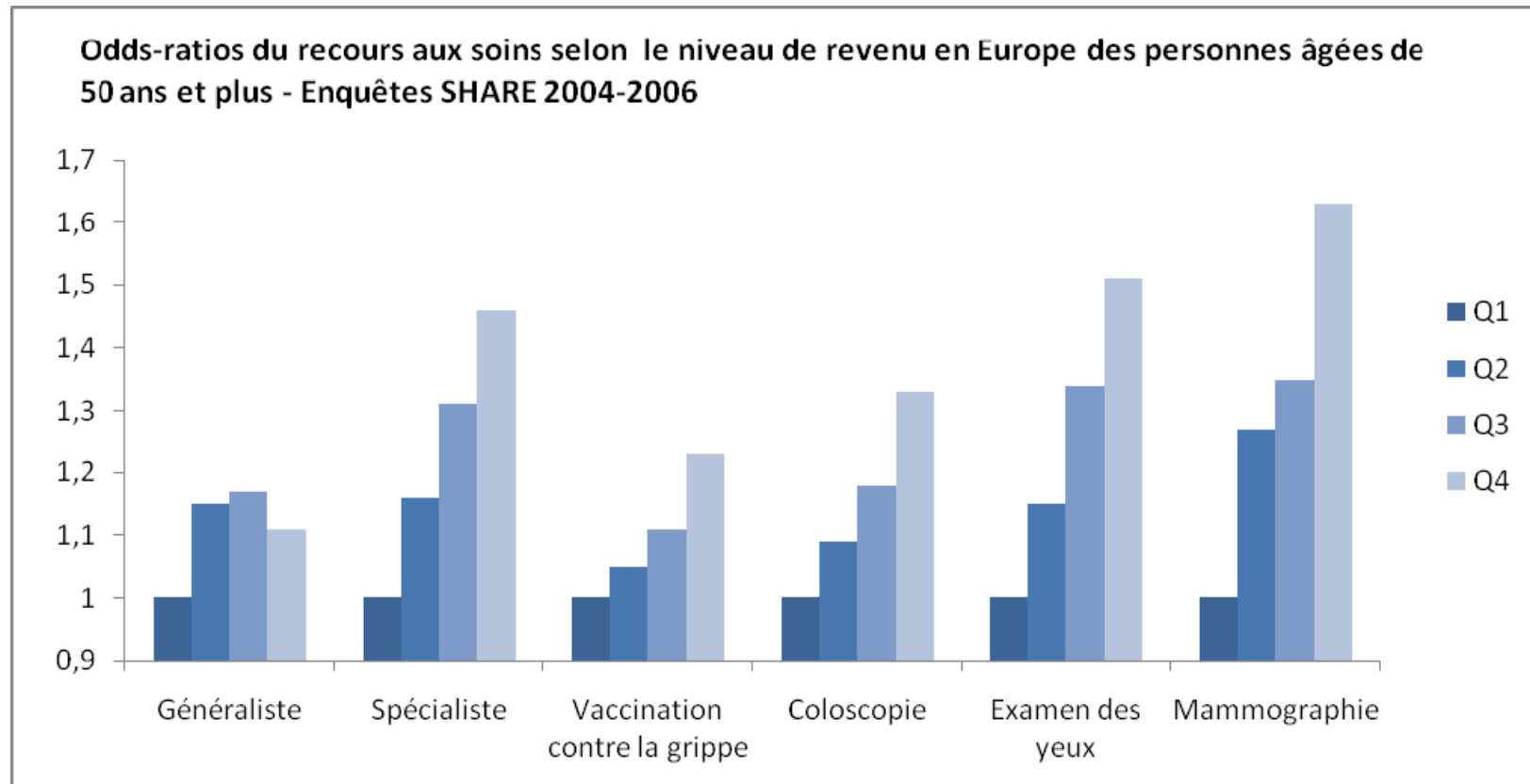
# Les inégalités de recours aux soins selon le niveau de revenu, à besoin de soins donné, en France



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

Résultats après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé

# Les inégalités de recours aux soins selon le niveau de revenu, à besoin de soins donnés, en Europe



Source : Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. (2010), « Inégalités de recours à la prévention et inégalités de santé en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », rapport dans le cadre programme GIS-IReSP Institut de Recherche en Santé Publique « Prévention »)

Résultats après ajustement par l'âge, le sexe et l'état de santé

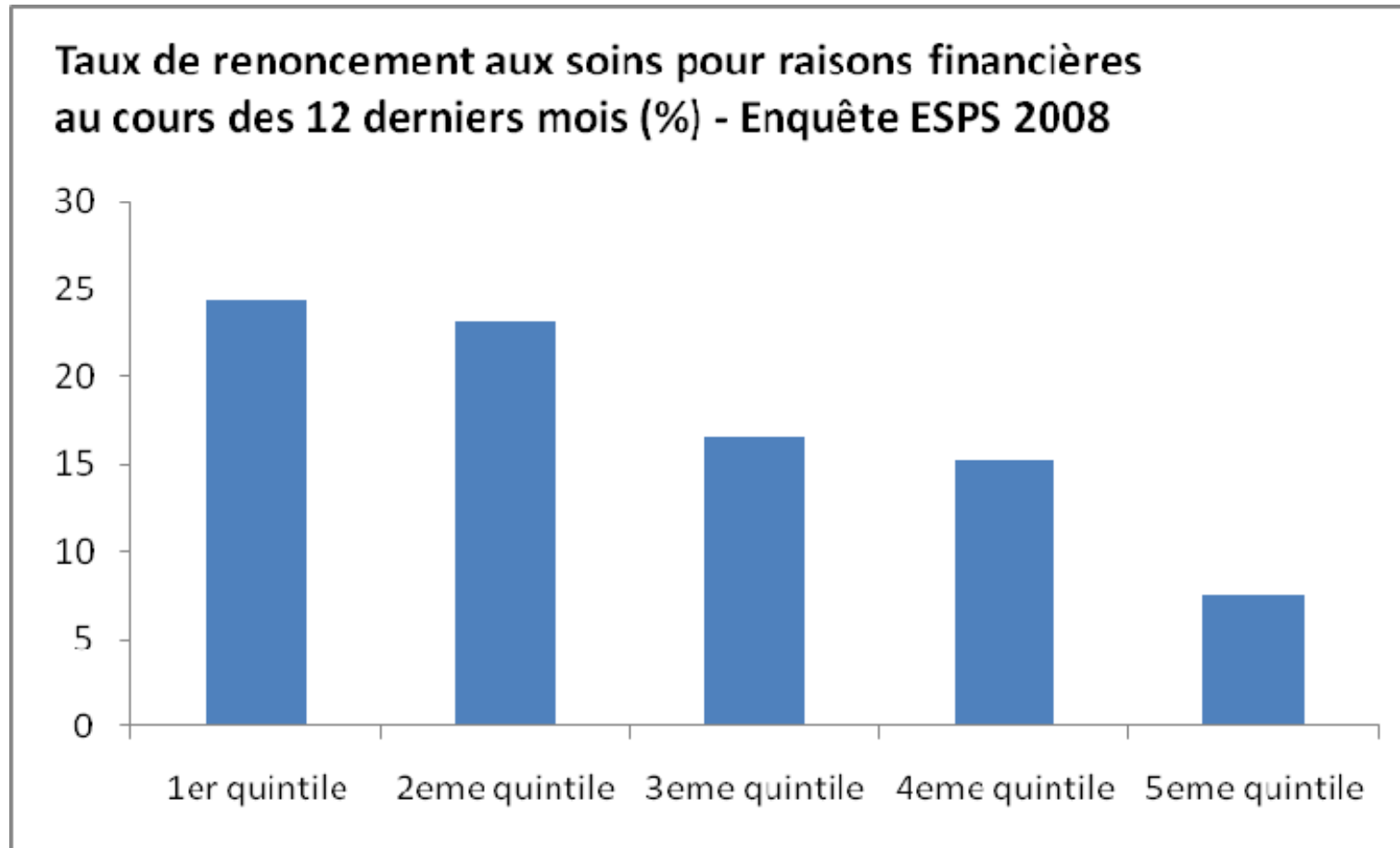
# Les causes des inégalités de recours aux soins

---

- Barrières informationnelles
  - Sur les risques encourus
  - Sur les filières de soins
- Barrières culturelles
  - Rapport au corps différent
  - Rapport au système de soins
- **Barrières financières**
  - Les plus pauvres déclarent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières
  - Ces renoncements sont en partie expliqués par l'accès à la complémentaire santé
- Réponses du système de soins

# Renoncement aux soins pour raisons financières selon le niveau de revenu

---



Source : Boisguérin, Després, Dourgnon, Fantin, Legal (2010), Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins, In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : IRDES, 2010/06, 31-40.

---

## **L'accès à l'assurance santé : une barrière financière à l'accès aux soins**

---

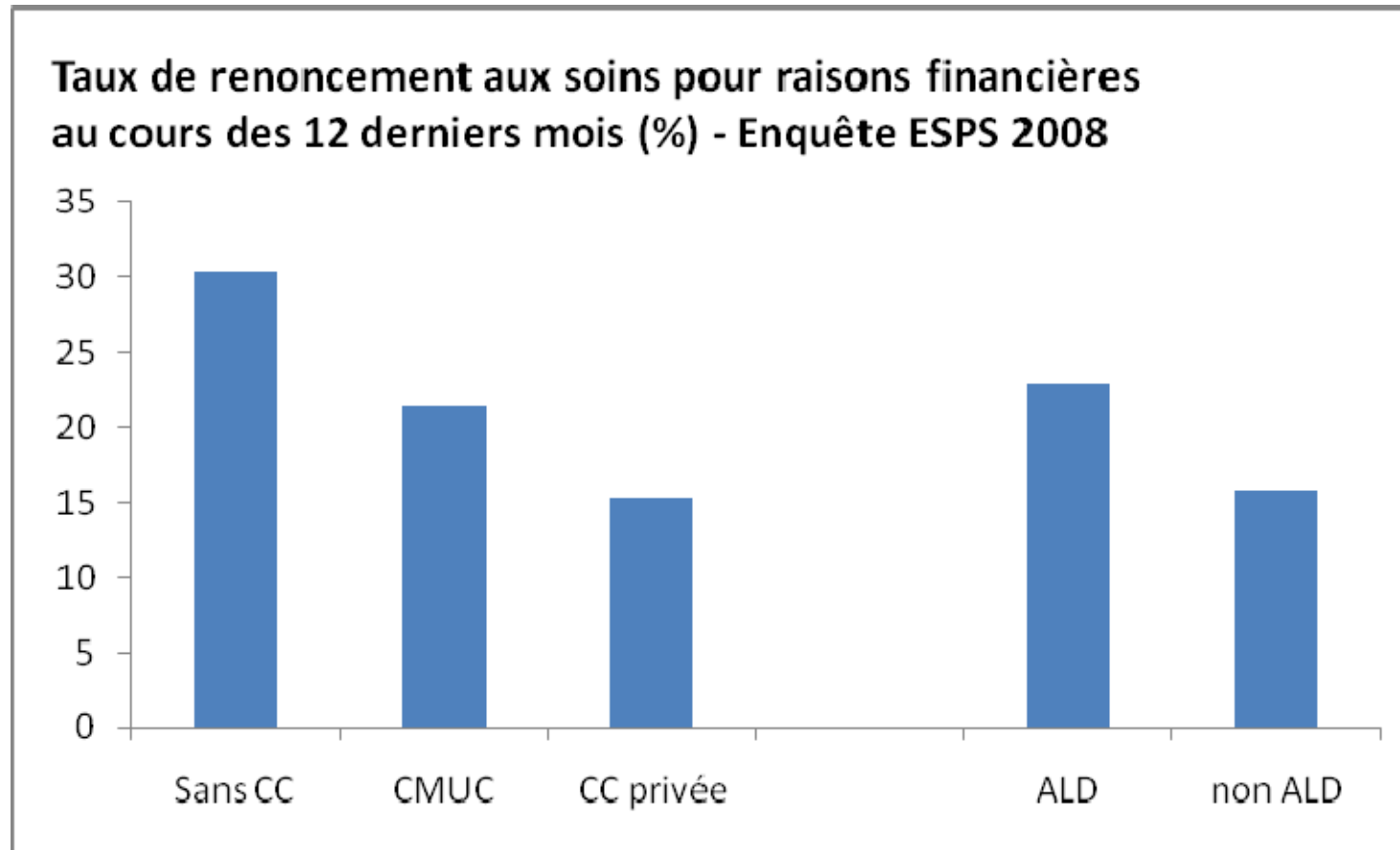
## Accès aux soins et accès à complémentaire santé

---

- En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur de 75,8% par la Sécurité sociale (55% pour les dépenses de soins de ville des patients non pris en charge en ALD)
- Le reste à charge (650 euros en moyenne par an) peut donc constituer une barrière financière à l'accès aux soins
- Ce reste à charge peut-être être financé grâce à une assurance complémentaire :
  - obtenue gratuitement sous conditions de ressources : la CMU-C (moins de 648 euros par mois pour une personne)
  - obtenue par le biais de l'employeur (40% de la population, surtout les cadres)
  - obtenue grâce à une cotisation volontaire, qui peut être subventionnée pour les bas revenus (Aide complémentaire santé - ACS)
- Ces différences de recours aux soins sont fortement reliées à la possession d'un contrat de couverture complémentaire

# Renoncement aux soins pour raisons financières selon la couverture complémentaire santé (CC)

---



Source : Boisguérin, Després, Dourgnon, Fantin, Legal (2010), Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins, In Santé, soins et protection sociale en 2008. Paris : IRDES, 2010/06, 31-40.

# La couverture complémentaire santé

---

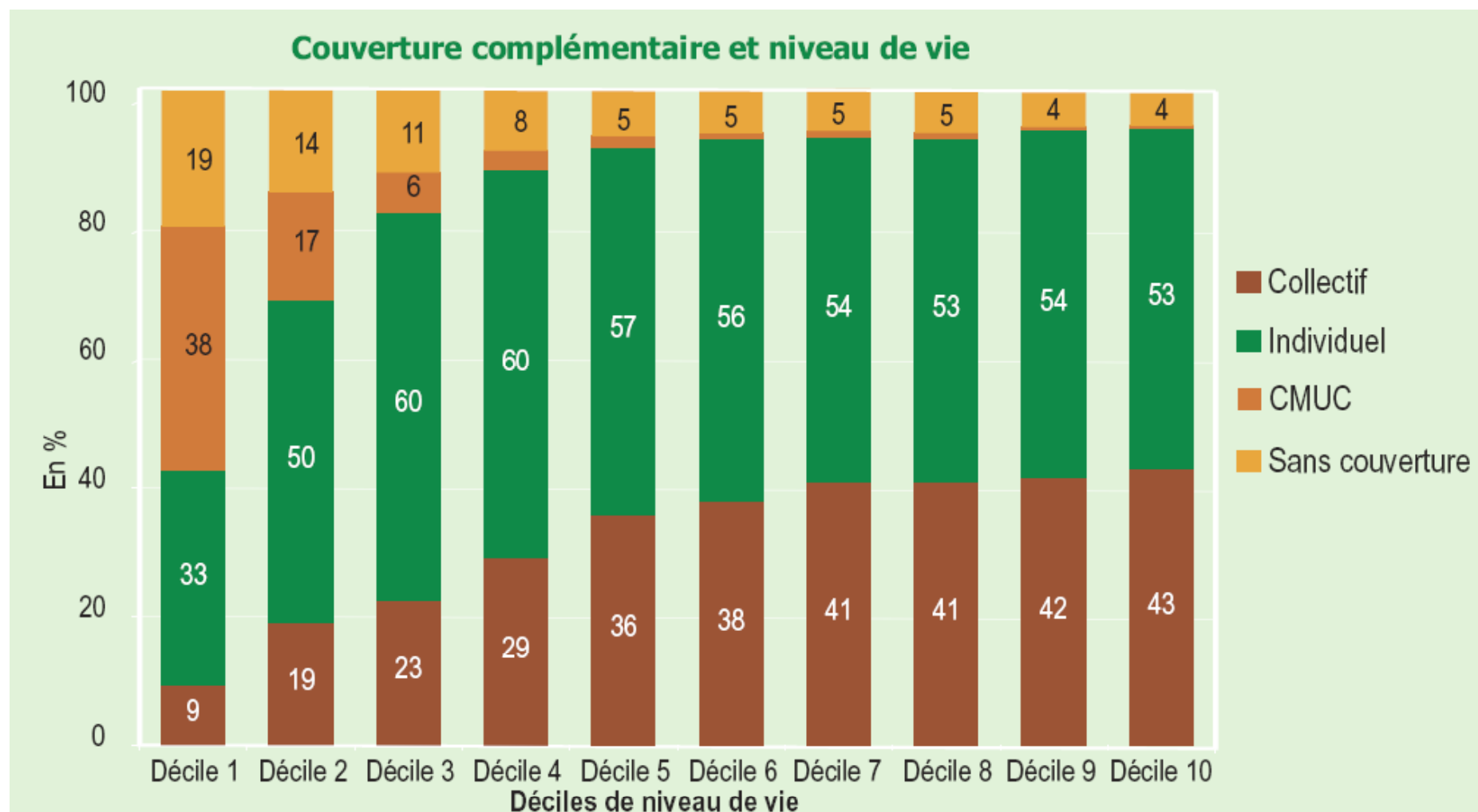
- De nombreuses politiques ont été mises en œuvre pour étendre la couverture complémentaire :

*Exonération de charges sociales et fiscales des cotisations patronales et salariés pour les contrats de groupes, loi Evin de 1989, loi Fillon de 2003 ; Mise en œuvre de la CMU en 2000 et de l'ACS en 2005 (Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », Questions d'économie de la santé, 161)*

- En dépit de celles-ci, 6% de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé (4 millions)
- La non-couverture concerne essentiellement les ménages les plus modestes :
  - Parmi les 10% les plus pauvres : 19% de cette sous-population mais 30% des personnes non couvertes par la CMU-C
  - Au sein du 2° décile : 14% de cette sous-population et 17% des personnes non couvertes par la CMU-C
- Ces personnes sont des travailleurs pauvres, les bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation aux adultes handicapés.



# Pourcentage de personnes non couvertes par une assurance complémentaire



**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • Enquête SPS, IRDES - Traitement DREES.

Source : Arnould M-L. et Vidal G. (2008), « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires en 2006 », Etudes et Résultats, n°663.

# L'accès à complémentaire santé

---

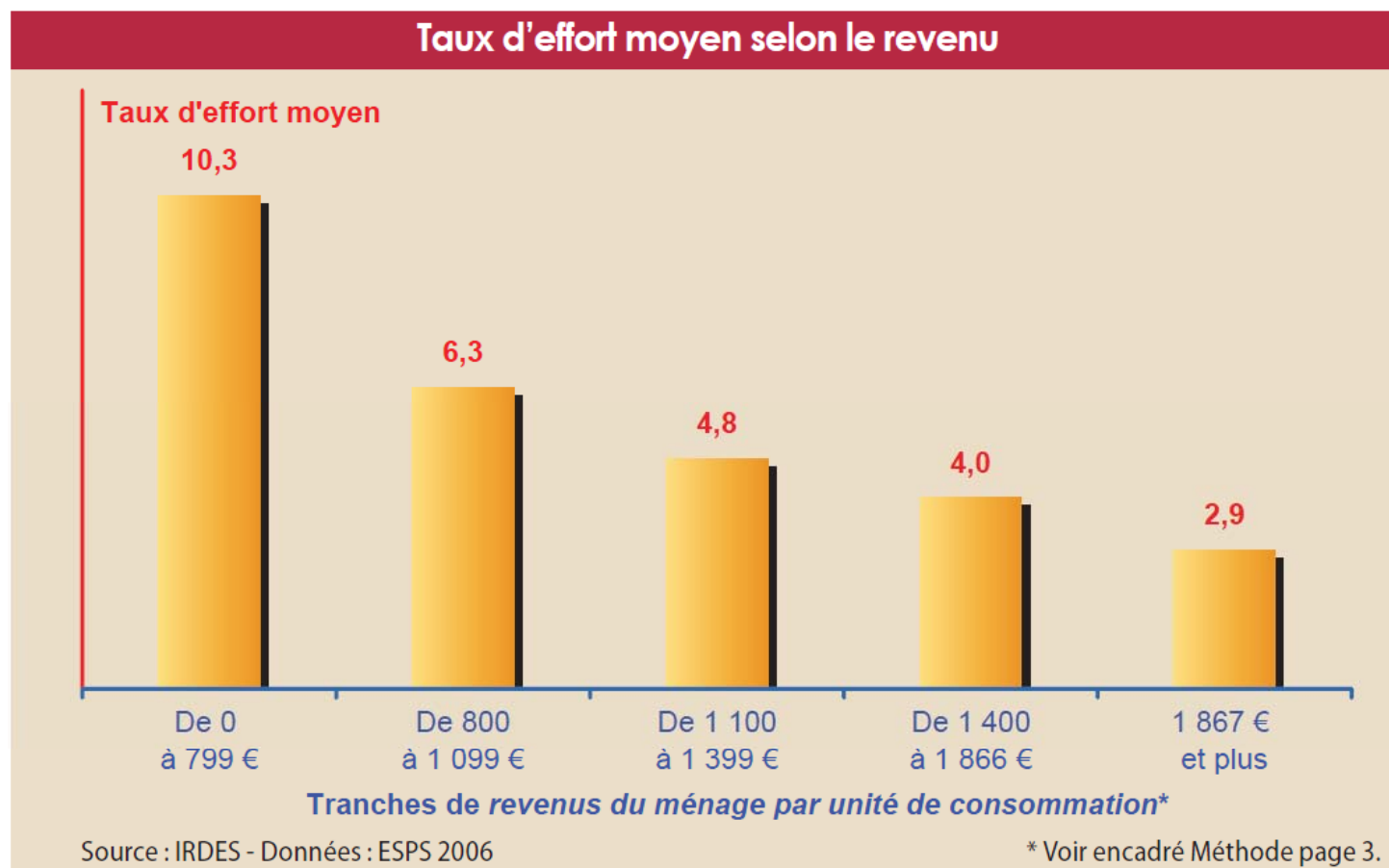
- Les causes de la non couverture :
  - 46% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé
  - 22% le fait d'être en bonne santé
  - 14% le fait d'être pris en charge par la sécurité sociale dans le cadre d'une ALD
- Le revenu est le principal déterminant de la demande d'assurance complémentaire, c'est-à-dire :
  - de la probabilité d'être couvert
  - du montant des dépenses de complémentaire, c'est-à-dire de la qualité de la complémentaire

*Saliba, Ventelou (2007), Grignon, Kambia-Chopin (2009), Jusot et al. (2011)*

- Les dépenses de complémentaire santé représentent près de 10% du revenu disponible des ménages les plus modeste

*Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), Jusot et al. (2011)*

# Part du revenu disponible consacrée à l'achat d'une couverture complémentaire selon le niveau de revenu



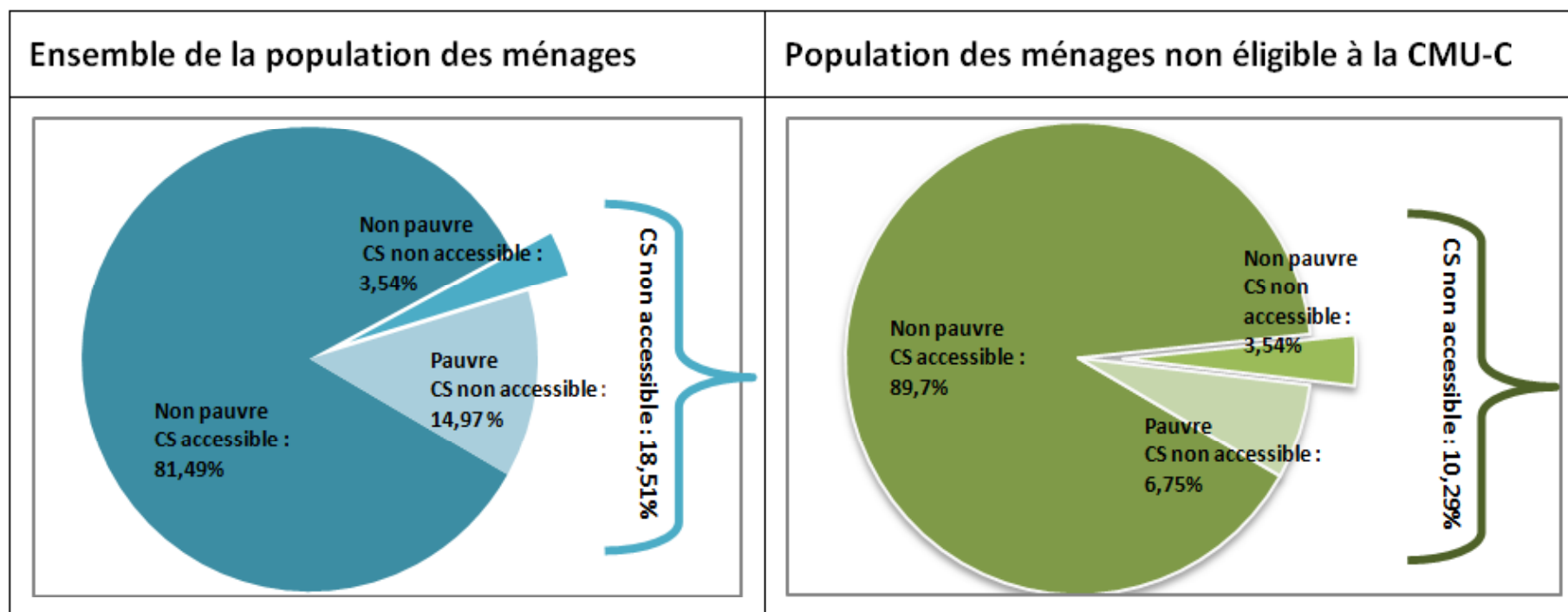
Source : Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006) ", Questions d'économie de la santé, 132.

# L'accessibilité financière de la complémentaire santé

---

- Afin d'étudier l'accessibilité financière de l'assurance santé, Bundorf et Pauly (2006) ont défini un critère : l'assurance est jugée financièrement accessible si cette dépense ne conduirait pas le ménage à tomber sous le seuil de pauvreté
- En France, la complémentaire santé peut être jugée comme accessible financièrement à 81% de la population générale et 90% des ménages non éligibles à la CMU-C
- Plus précisément, l'achat d'un contrat d'assurance santé conduirait à faire tomber 3.5% des ménages sous le seuil de pauvreté, ces derniers s'additionnant aux 15% de ménages initialement pauvres en population générale et 7% parmi les personnes non éligibles à la CMU-C.
- Ce fardeau peut avoir non seulement des conséquences sur la couverture assurantielle des plus modestes, mais également sur leur capacité à assumer d'autres dépenses essentielles

# L'accessibilité financière de complémentaire santé



Source : Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2011), "L'accessibilité financière de la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006", Document de travail Leda-Legos.

---

## **Les limites des politiques récentes d'amélioration de l'accès financier aux soins et à l'assurance**

---

# Les limites des politiques d'accès financier aux soins et à l'assurance

---

- Globalement, la CMU-C est un grand succès : cela a permis de véritablement améliorer l'accès aux soins des plus pauvres
- Mais les bénéficiaires de la CMU-C essuient des refus de la part des professionnels
- Ces refus sont essentiellement pratiqués par les professionnels de secteur 2, c'est-à-dire, qui pratiquent habituellement des honoraires supérieurs au tarif opposable : ces refus sont en partie liés au design de la CMU-C

## Les refus de soins aux CMUistes

Catégorie de Médecins	Taux de refus de soins imputables à la CMUC à Paris en dec 2008-jan 2009 en %
Généralistes secteur 1	9,2
Généralistes secteur 2	32,6
Ophtalmologues secteur 1	9,1
Ophtalmologues secteur 2	31,3
Gynécologues secteur 1	17,4
Gynécologues secteur 2	40,2
Radiologues secteur 1	4,1
Radiologues secteur 2	6,3
Dentistes	31,6
Ensemble	25,5

Source : Desprès C., Guillaume S., Couralet P.E. (2009), « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens », rapport pour le Fonds CMU.



# Les limites des politiques d'accès financier aux soins et à l'assurance

---

- Globalement, la CMU-C est un grand succès : cela a permis de véritablement améliorer l'accès aux soins des plus pauvres
- Mais les bénéficiaires de la CMU-C essuient des refus de la part des professionnels
- Ces refus sont essentiellement pratiqués par les professionnels de secteur 2, c'est-à-dire, qui pratiquent habituellement des honoraires supérieurs au tarif opposable : ces refus sont en partie liés au design de la CMU-C
- Une autre politique a été mise en œuvre pour réduire le coût de la complémentaire santé : l'aide complémentaire santé
- Ce second dispositif a en revanche un succès beaucoup plus modéré

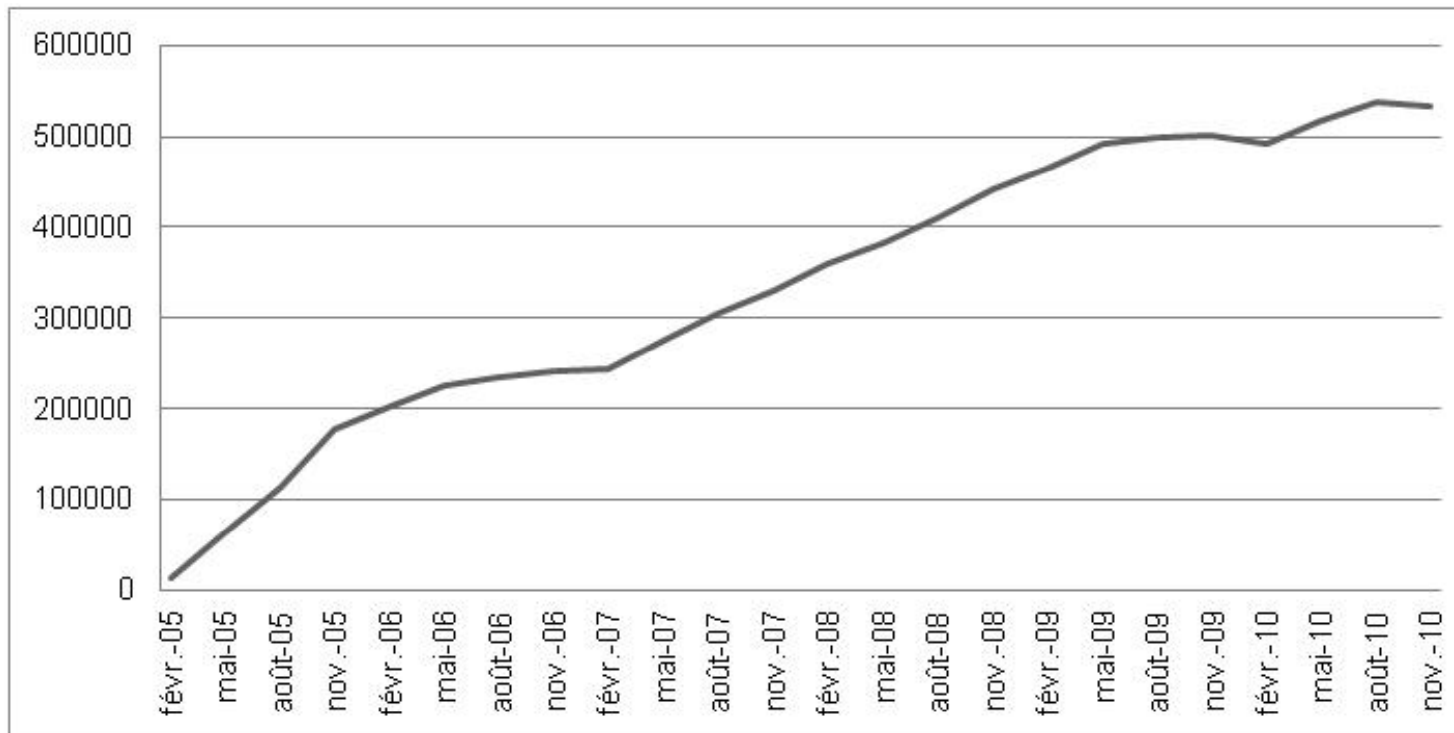
# L'aide complémentaire santé (ACS)

---

- Afin d'améliorer l'accès des ménages modestes à une complémentaire santé (CS) et réduire l'effet de seuil induit par la CMUC :
  - une subvention/aide à l'achat d'une CS a été introduite en 2005
  - appelée Aide Complémentaire Santé (ACS) ou chèque santé
- En 2009, cette aide était destinée aux ménages dont le niveau de vie se situait :
  - entre le plafond CMUC (7447€ pour une personne par an) et au plus 20% au dessus de ce seuil (8936 €)
  - le seuil est passé à 35% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ( 648 et 874 euros par mois)
- Cette aide prend la forme d'un chèque santé :
  - Délivré par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)
  - Présenté à l'organisme de CS sollicité, il donne droit à une réduction sur le prix d'un contrat souscrit à titre individuel
- Population ciblée par le dispositif : 2 millions d'individus

# Le recours à l'ACS

Nombre de bénéficiaires ayant utilisé leur attestation



Le nombre de bénéficiaires de l'ACS a lentement progressé depuis sa mise en place

Malgré cette montée en charge, fin 2010, seules 632 785 attestations avaient été délivrées et 535 055 effectivement été utilisées (*Fonds CMU, 2011*)

# Les causes de la moindre efficacité de l'ACS

---

Deux grandes causes identifiées :

1. Le manque d'information : tant sur l'existence du dispositif, son fonctionnement que les démarches à entreprendre
  2. Le montant du chèque insuffisant : la complémentaire santé reste trop chère même après déduction du chèque
- Afin de tester ces deux hypothèses, une expérimentation a été menée à Lille avec le soutien du Haut commissariat aux Solidarités Actives contre la Pauvreté (Ministère de la Jeunesse et des Solidarités actives) dans le cadre de l'appel à projets d'expérimentations sociale 2008, de la Fondation du Risque (Chaire Santé, Risque et Assurance, Allianz) et de la CNAMTS

## Design de l'expérimentation I

---

- La population expérimentée se compose d'assurés de la CPAM de Lille-Douai identifiés comme potentiellement éligibles à l'ACS à partir de leurs ressources et non recourants au dispositif
- La requête informatique sur les fichiers de la CAF de Lille élaborée dans le cadre de la campagne nationale d'information sur le dispositif ACS lancée en 2008 a été utilisée
- Sur la base de la déclaration de leurs ressources 2007 ayant donné droit à des prestations délivrées par la CAF de Lille en 2008, une population de 4209 assurés sociaux potentiellement éligibles et n'ayant pas fait valoir leur droit à l'ACS a ainsi pu être échantillonnée

# Design de l'expérimentation II

---

**Les 4209 assurés ont été affectés aléatoirement en 3 groupes :**

1. **Groupe témoin** : lettre d'information informant sur le dispositif légal en vigueur au 1er janvier 2009
2. **Groupe traité 1** : lettre d'information stipulant un montant majoré du chèque santé pour une année
3. **Groupe traité 2** : lettre d'information stipulant un montant majoré du chèque santé + invitation à une réunion d'information à la CPAM

**Les montants d'ACS proposés par personne sont les suivants :**

Groupe	Moins de 25 ans	Entre 25 et 59 ans	60 ans et plus
Témoin	100€	200€	400€
Traité 1 & Traité 2	175€	350€	650€

**La majoration correspond à une augmentation de 62,5% à 75% du montant de l'aide nationale selon l'âge**

## Design de l'expérimentation III

---

- Les courriers étaient accompagnés d'un formulaire que les assurés étaient invités à retourner à la CPAM de Lille pour procéder à l'évaluation de leur éligibilité effective à l'ACS
- Les réunions d'information :
  - se sont tenues en amont, avant instruction par la CPAM des dossiers
  - visaient à informer les assurés sur le dispositif ACS et sur les formalités nécessaires pour en bénéficier
  - ont été conduites par une assistante sociale à la CPAM
- La population expérimentée a été suivies pendant 6 mois (jan-juillet 2009) et la CPAM a enregistré :
  - le nombre de demandes qui ont été retournées
  - le nombre d'ACS qui ont été notifiées

## Résultats de l'expérimentation menée à Lille

Groupes	Nombre de dossiers complétés	Nombre d'assurés	Taux de retour
Témoin	222	1394	15.9
Traité 1	262	1412	18.6
Traité 2	217	1403	15.5

- Les résultats montrent donc que l'augmentation du chèque permet d'améliorer le recours
- Par contre, envoyer une invitation à des réunions d'information décourage les personnes de demander l'aide, ce second effet ayant annulé l'effet positif de l'augmentation du chèque
- Seuls 9% des personnes invitées ont participé aux réunions d'information
- Elles ont eu un taux de demande d'ACS plus élevé (28%) mais on ne peut pas conclure à l'efficacité des réunions



---

## **Des leviers d'action possibles**

---

## Des actions à mener hors et au sein du système de soins

---

- Causes multiples des inégalités sociales de santé
- Trois types de politique sont envisageables :
  - politiques sociales redistributives (éducation, revenu ou emploi)
  - politiques visant les facteurs de risque (hors et au travail)
  - Politiques ciblant le système de santé (prévention et accès)
- L'accès financier aux soins est une conditions nécessaire : La fourniture d'assurance ou de soins gratuits permet de réduire efficacement les inégalités de recours, alors que plusieurs expériences montrent que le subventionnement de l'assurance est peu efficace
- Mais ce n'est pas une condition suffisante : d'autres actions sont possibles, hors et au sein du système de soins, notamment à travers des soins primaires structurés et organisés et en coordination avec des acteurs des autres secteurs concernés

## Des actions à mener au sein du système de soins

---

- Les travaux comparatifs sur le niveau des inégalités de consommation de soins en Europe montrent que celui-ci est lié aux différences des systèmes de santé :
  - Les inégalités de recours sont plus importantes dans les systèmes où le reste à charge des ménages correspond à une part relativement plus importante des dépenses de santé
  - Elles sont au contraire réduites dans les pays où la part des dépenses publiques de santé est importante
  - Les inégalités de recours aux soins spécialisés sont plus faibles dans les systèmes nationaux de santé où les médecins généralistes jouent le rôle d'orienteur dans le système de soins.
  - Les inégalités plus fortes de recours aux soins de généralistes et de spécialistes sont plus fortes lorsque les médecins sont rémunérés à l'acte

# **Améliorer l'accès aux soins et à l'assurance pour réduire les inégalités sociales de santé et de recours ?**

---

- La littérature sur les interventions évaluées montre que l'accès financier aux soins est une condition nécessaire pour réduire les inégalités de recours aux soins et de santé
- La fourniture d'assurance ou de soins gratuits permet de réduire efficacement les inégalités de recours, alors que plusieurs expériences montrent que le subventionnement de l'assurance est peu efficace
- Cependant, l'accès financier au soins n'est qu'une condition nécessaire, et non suffisante, pour réduire les inégalités de santé
- D'autres actions sont possibles, hors et au sein du système de soins, notamment à travers des soins primaires structurés et organisés et en coordination avec des acteurs des autres secteurs concernés

---

**Merci de votre attention**  
**[florence.jusot@dauphine.fr](mailto:florence.jusot@dauphine.fr)**

---

## Résultats : un effet faible mais significatif du montant du chèque sur les demandes d'ACS

Groupes	Nombre de dossiers complétés	Nombre d'assurés	Taux de retour	IC 95%
Témoin	222	1394	15.9	14.0-17.8
Traité 1	262	1412	18.6	16.5-20.6

- La proportion de dossiers complets dans le groupe traité 1 est significativement supérieure à celle du groupe témoin (seuil à 5%)
- L'élasticité de la probabilité de déposer un dossier complet par rapport au montant du chèque s'établit à 0.22 : une augmentation du chèque santé de 10 % augmente la probabilité de compléter un dossier de 2,2 %

## Résultats : un meilleur ciblage de la population éligible

Groupes	Nb ACS accordées	Taux par rapport au nombre d'assurés	Taux par rapport au nombre de dossiers	Refus pour ress. trop faibles / dossiers	Refus pour ress. trop élevées / dossiers
Témoin	110	7.9 [6.5-9.3]	49.6 [42.9-56.2]	11.3	39.2
Traité 1	152	10.8 [9.1-12.4]	58.0 [52-64]	9.5	32.4

- L'écart entre le groupe témoin et le groupe traité 1 est accentué lorsqu'on considère le taux d'ACS notifiées
- L'aide exceptionnelle offerte aux individus des groupes traités semble avoir sélectionné plus précisément les assurés effectivement éligibles

## Résultats : l'invitation à la réunion annule l'effet de la majoration du chèque

Groupes	Nombre de dossiers complétés	Nombre d'assurés	Taux de retour	IC 95%
Témoin	222	1394	15.9	14.0-17.8
Traité 1	262	1412	18.6	16.5-20.6
Traité 2	217	1403	15.5	13.6-17.4

- Le taux de retour de dossiers dans le groupe traité 2 n'est pas significativement inférieur à celui du groupe témoin
- mais il est significativement inférieur à celui du groupe traité 1 (seuil de significativité de 5%)



## Résultats : le recours à l'ACS semble plus important parmi ceux qui ont participé à la réunion

Groupe	Nb dossiers complets	Nb assurés	Taux de retour	Taux d'ACS notifiés
Avec réunion	35	125	28 [20-36]	62.9 [46-79.6]
Sans réunion	182	1278	14,2 [12.3-16.2]	56.6 [49.3-63.9]
Traité 2	217	1403	15,5 [13.6-17.4]	57.6 [51-64.2]

- Seules 9% des personnes invitées ont participé à la réunion (125 sur 1403)
- Les participants à la réunion ont plus souvent retourné un dossier de demande d'ACS (seuil de 1%)
- Mais ce résultat est peu interprétable en raison d'un potentiel biais d'auto-sélection