

Santé et système de soins en France : quel impact sur la qualité des soins et sur les inégalités sociales de santé depuis 2000 ?

**CALASS 2013, XXIVème congrès,
29-30-31 août 2013, RENNES**

Laure Com-Ruelle (comruelle@irdes.fr)

2000 : le système de santé français est jugé comme le plus performant au monde (OMS 2000) considérant son influence sur la vie quotidienne des gens

- *amélioration de la santé (qualité, équité),*
- *capacité à répondre aux attentes de la population,*
- *équité de la contribution financière assortie d'une protection contre le risque financier.*

2005 et + : recul constant principalement du fait de la détérioration de l'accès aux soins de santé, dans un contexte de crise économique mondiale

2012 : 8^e place sur les 34 pays européens étudiés selon l'European Health Consumer Index (EHCI 2012)

Des déterminants de la santé de la population multiples

- facteurs génétiques, socio-économiques, environnementaux, comportementaux et « psychosociaux »,
 - le système de soins en lui-même n'explique qu'une part de l'état de santé des personnes
- ⇒ *Quelles sont les caractéristiques de notre système de santé ayant un impact, positif ou négatif, sur l'état de santé en France, qu'il s'agisse de l'organisation et de la qualité des soins ou plus précisément de son financement ?*

- Repérer les problèmes du système de santé français aujourd'hui et les caractéristiques de son évolution récente
- Identifier en quoi et dans quelle mesure les évolutions récentes du système de santé français agissent sur l'état de santé
- Décrire les caractéristiques majeures ayant un impact en termes :
 - ✓ de qualité des soins, notamment à l'hôpital
 - ✓ d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

- Recensement des ≠ réformes du système de santé français au cours de la dernière décennie
 - Revue d'articles scientifiques, rapports d'agences institutionnelles et ouvrages traitant de l'évaluation des politiques publiques
 - Données issues du logiciel Eco-Santé France développé par l'IRDES (<http://www.irdes.fr/EcoSante/France.htm>)
-
- Lecture critique
 - Interrogation de la performance de l'hôpital et des principes de la médecine libérale en s'attachant aux effets en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

Indicateurs d'état de santé en France

amélioration globale de l'état de santé

- Un des meilleurs taux globaux d'**espérance de vie** dans l'Union européenne
- Certains indicateurs sont mal placés (ex. **mortalité par suicide, mortalité prématurée des hommes**)
- Enjeu majeur de la prise en charge des **maladies chroniques** et des **polyopathologies** qui se développent
- L'amélioration de l'état de santé (longévité et qualité de vie) est en partie due aux dépenses de santé elles-mêmes
- **Dépenses de santé remboursables + 54 %** entre 1992 et 2000, liés massivement, à état de santé donné, au **progrès technique** et à sa diffusion (+58 points), et non au **vieillessement** de la population qui ne joue qu'un rôle marginal (+6 points).
A l'opposé, l'amélioration de l'état de santé a **minoré les dépenses (-10 points)**.

La dépense de santé et son financement : des gagnants et des perdants ? ⇒ inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

- **2008** : France 1^{er} pays de l'Union européenne en termes de poids de dépense de santé dans le PIB mais 6^e par son niveau de dépenses par habitant
 - **2011** : Dépense courante de santé (DCS) = 12 % du PIB, soit +14,3 % depuis 2000, liée à
 - déformation des structures démographiques
 - et progrès des techniques médicales
 - **La part remboursée par l'AMO** (Assurance maladie obligatoire) **reste ≈ 75 %**
 - Instauration de la CMU, de la CMU-C et de l'ACS début 2000 ⇒ amélioration du recours aux soins des pauvres
 - déremboursement progressif des soins de ville
 - compensé par la montée des affections de longue durée
- ⇒ **Les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins** ↗
l'effort porte surtout sur les patients
et le **renoncement aux soins dégrade la santé des plus pauvres**
le **système de redistribution fonctionne mal**
- **La régulation a préservé les professionnels de santé libéraux**
qui conservent leur **liberté d'installation** ⇒ les « déserts médicaux » ↗
et augmentent leurs **dépassements d'honoraires**
- **T2A à l'hôpital** : incite à une **meilleure efficacité**
mais la **qualité des soins doit être contrôlée** (indicateurs comparatifs non contestables disponibles)
contrainte budgétaire ⇒ **risque de surproduction ou de non-pertinence des soins, voire d'événements indésirables graves (EIG)**
très grande variabilité des recours à certains soins hospitaliers sur le territoire

Les actes médicaux ambulatoires et hospitaliers comportent une part de risques en soi

- **En ville**, les prescriptions d'antibiotiques pour des maladies virales, non justifiées, restent majoritaires, participant aux phénomènes de résistance
- **A l'hôpital :**
 - la prévalence des infections nosocomiales (IN) diminue nettement
 - * en 2009, les enquêtes ENEIS estiment le nombre total d'EIG survenus en cours d'hospitalisation à 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation en médecine ou chirurgie, 2/3 liés à une procédure et 1/3 à des produits de santé, plus de 4 sur 10 seraient évitables
 - * de plus, 4,5 % des séjours hospitaliers sont directement causés par la survenue d'un EIG, dont 2,1 % d'origine médicamenteuse. Près de 6 sur 10 seraient évitables
 - * L'IRDES a chiffré le surcoût global de neuf catégories d'EIG à près de 682 millions d'€ en 2007
dont 1) les désordres physiologiques, 2) les septicémies et 3) les escarres

Eléments de surcoût et d'allongement de durée de séjour pour certains événements indésirables associés aux soins hospitaliers en France en 2007						
Surcoût et allongement de durée de séjour par PSI dans l'ENCC 2007						
Événements indésirables associés aux soins	Effectifs	Allongement de la durée moyenne de séjour (nb J)	Intervalle de confiance à 95 %	Surcoûts	Intervalle de confiance à 95 %	
PSI 3 - Escarres	3 456	11,2	± 0,83	5 612 €	± 656	
PSI 5 - Oubli corps étranger	89	2,5	± 3,05	2 156 €	± 2 879	
PSI 7 - Infections nosocomiales	915	14,7	± 1,84	10 950 €	± 1 690	
PSI 10 - Désordres physiologiques	4 228	7,3	± 0,59	10 273 €	± 629	
PSI 12 - Embolie pulmonaire	3 003	5,0	± 0,59	4 300 €	± 578	
PSI 13 - Septicémie	1 852	19,7	± 1,44	20 838 €	± 1 317	
PSI 15 - Lacération ou piqûre accidentelle	1 220	1,2	± 0,88	1 723 €	± 902	
PSI 18/19 - Traumatisme obstétrical	415	0,7	± 0,11	529 €	± 32	
Estimation de surcoût et d'allongement de durée de séjour par PSI (méthode de stratification, PMSI MCO 2007)						
Événements indésirables associés aux soins	Effectifs	Allongement de la durée moyenne de séjour (nb J)	Intervalle de confiance à 95 %	Surcoûts	Intervalle de confiance à 95 %	Coût total
PSI 3 - Escarres	29 937	9,8	± 0,14	4 568 €	± 101	136 765 563 €
PSI 5 - Oubli corps étranger	644	2,2	± 0,42	1 639 €	± 392	1 055 399 €
PSI 7 - Infections nosocomiales	4 273	14,7	± 0,59	10 821 €	± 537	46 238 384 €
PSI 10 - Désordres physiologiques	26 275	7,4	± 0,16	9 911 €	± 173	260 409 993 €
PSI 12 - Embolie pulmonaire	18 968	4,6	± 0,16	3 740 €	± 146	70 945 028 €
PSI 13 - Septicémie	8 368	18,5	± 0,56	18 578 €	± 478	155 457 100 €
PSI 15 - Lacération ou piqûre accidentelle	6 887	1,1	± 0,23	1 356 €	± 239	9 337 096 €
PSI 18/19 - Traumatisme obstétrical	2 933	0,7	± 0,02	525 €	± 5	1 540 334 €
Ensemble des 9 EIG						681 748 897 €

Données : Etude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) 2007 et Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) 2007

Source : Questions d'économie de la santé n° 171 intitulé : "Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital", IRDES, décembre 2011

Renoncement pour raisons financières aux soins médicaux en fonction des caractéristiques sociales en 2010

Selon l'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2010 de l'IRDES :

➤ **15,1 %** des personnes de 16 ans ou plus ont déclaré avoir **renoncé à des soins pour des raisons financières** lors des douze derniers mois,

➤ plus souvent les :

- ✓ femmes,
- ✓ chômeurs,
- ✓ bas revenus,
- ✓ sans couverture maladie complémentaire,
- ✓ en plus mauvaise santé.

Renoncement aux soins pour raisons financières en fonction des caractéristiques sociales en 2010		
	Taux pondéré (en %)	Indice de renoncement * à âge et sexe comparables
Ensemble	15,1	1,00
Homme	11,5	
Femme	18,4	
16 à 39 ans	14,7	
40 à 64 ans	17,6	
65 ans ou plus	10,6	
Occupation principale de la personne		
Chômeur	27,9	1,77
Autre inactif	25,0	1,46
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile*** (Indice OCDE)		
Premier quintile [0 à 876 €]	25,4	1,70
Deuxième quintile [876 à 1 200 €]	18,6	1,24
Présence d'une couverture complémentaire (CC) privée ou de la CMU complémentaire (CMU-C)		
Bénéficie de la CMU-C	19,7	1,20
Ne bénéficie ni d'une CC privée ni de la CMU-C	32,6	2,36
Note de santé perçue		
0 à 4 / 10	28,3	2,16
5 à 6 / 10	19,6	1,41

Source et calculs :
Enquête ESPS 2010, IRDES
Champ : Population générale, France métropolitaine, adultes (≥ 18 ans) vivant en ménage ordinaire

- Choix cruciaux à faire :
 - Quelles évolutions pour le système de remboursement ?
 - Quel taux de prélèvements obligatoires sommes-nous prêts à accepter ?
 - Comment rationaliser l'offre de soins et son pilotage ?
- Gains d'efficacité à rechercher :
 - ❖ à la ville,
 - ❖ comme à l'hôpital
- Révolutionner la régulation de la santé :
 - remise à plat des principes de la médecine libérale :
 - ✓ liberté d'installation,
 - ✓ nouveaux modes de rémunération
 - ✓ favoriser la télémédecine
- Au moment où le gouvernement met en place une « stratégie nationale de santé », la question de la priorité à donner au financement de la santé comparativement à d'autres secteurs reste posée.

- L'évolution récente du système de santé en France met en lumière certains impacts qui le rendent moins équitable
- Certains auteurs préconisent que l'effort de régulation des dépenses de santé ne pèse pas que sur le seul côté de la demande mais aussi du côté de l'offre.
- Renforcer la place de la prévention et de l'éducation à la santé
- Veiller à la pertinence des soins et mieux articuler les parcours de soins
- Favoriser la participation des usagers

Merci de votre attention !

Cf. Relations santé et système de soins (y compris iatrogénie et renoncement aux soins),
contribution de [Com-Ruelle Laure](#) et [Dourgnon Paul](#),
In Ouvrage France – Santé 2014, DREES, à paraître fin 2013