

L'organisation des soins primaires permet-elle de réduire les inégalités sociales de santé ?

Henri Leleu (IRDÉS), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, LEDa-LEGOS, IRDÉS), Yann Bourgueil (IRDÉS)

Projet AIR – Addressing Inequalities Interventions in Regions

Un système de soins ambulatoire peu hiérarchisé et professionnel

- Charte de la médecine libérale 1927
- Création de l'assurance maladie dite universelle en 1946
 - Assurés/habitants et paritarisme
- Réforme Debré en 1958
 - CHU et organisation de l'ordre médical (Flexner 1910)
- Offre abondante, en ambulatoire
 - Diverse, concurrentielle, peu hiérarchisée, foisonnement institutionnel

Pourquoi organiser les soins primaires?

- Transition démographique et épidémiologique
 - Poids des maladies chroniques –polypathologie
- « crise de la ressource humaine »
 - Moins de professionnels – arbitrages différents et intérêt pour le regroupement
- Vers des trajectoires de soins plus efficaces?
 - Soutenabilité du système de solidarité – recours plus adéquat et plus équitable?

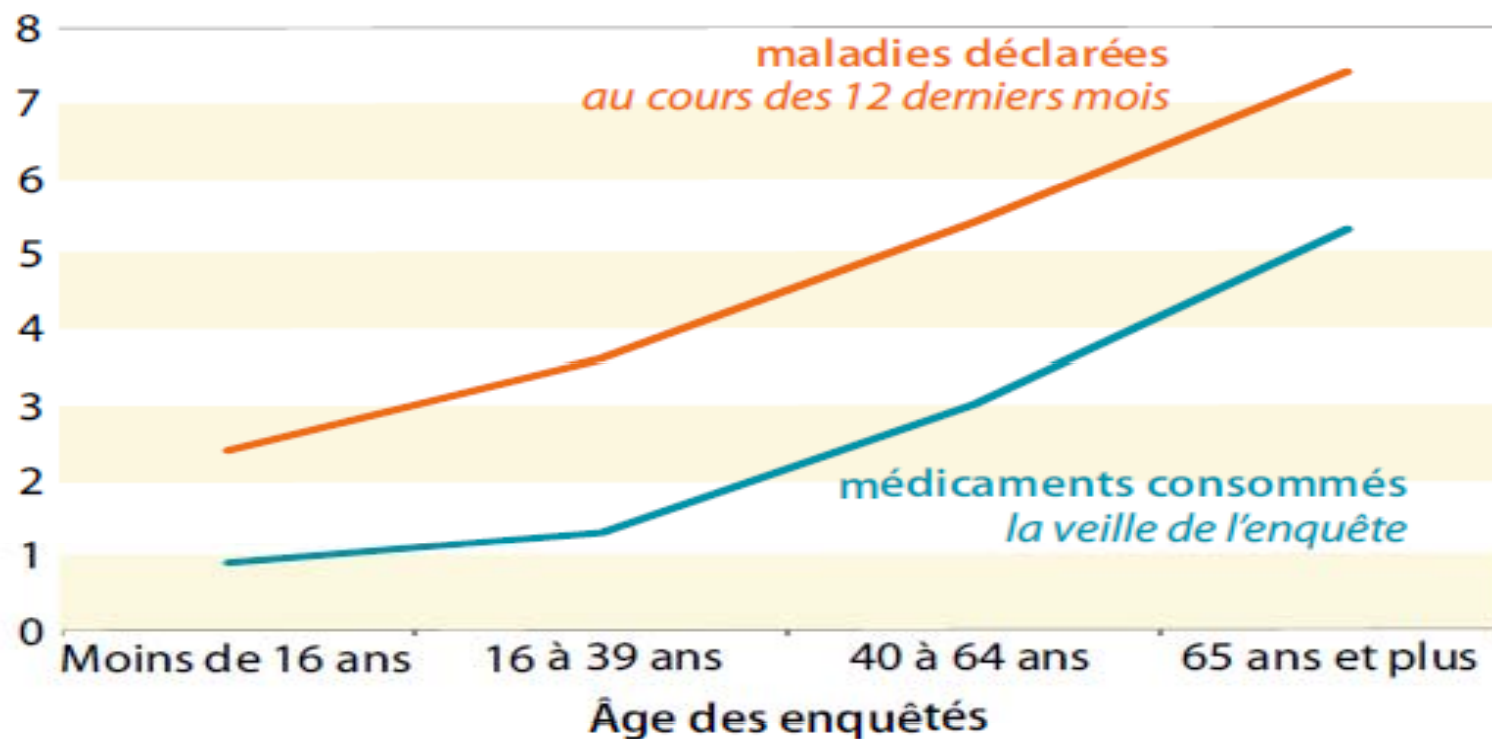
L'importance des maladies chroniques

- 30 affections longue durée (ALD) concernent 14,6% des assurés pour 62,3% du total des dépenses remboursées par l'AM (2008)
- Augmentation des ALD de 5,7%/an entre 1994 et 2004, de 3,5% entre 2005 et 2007 - 8,3 Millions de personnes en ALD en 2008 (source CNAM – TS 2009)

Polypathologies et maladies chroniques

G1 Nombre de maladies et de médicaments, selon l'âge des personnes déclarant au moins une maladie chronique

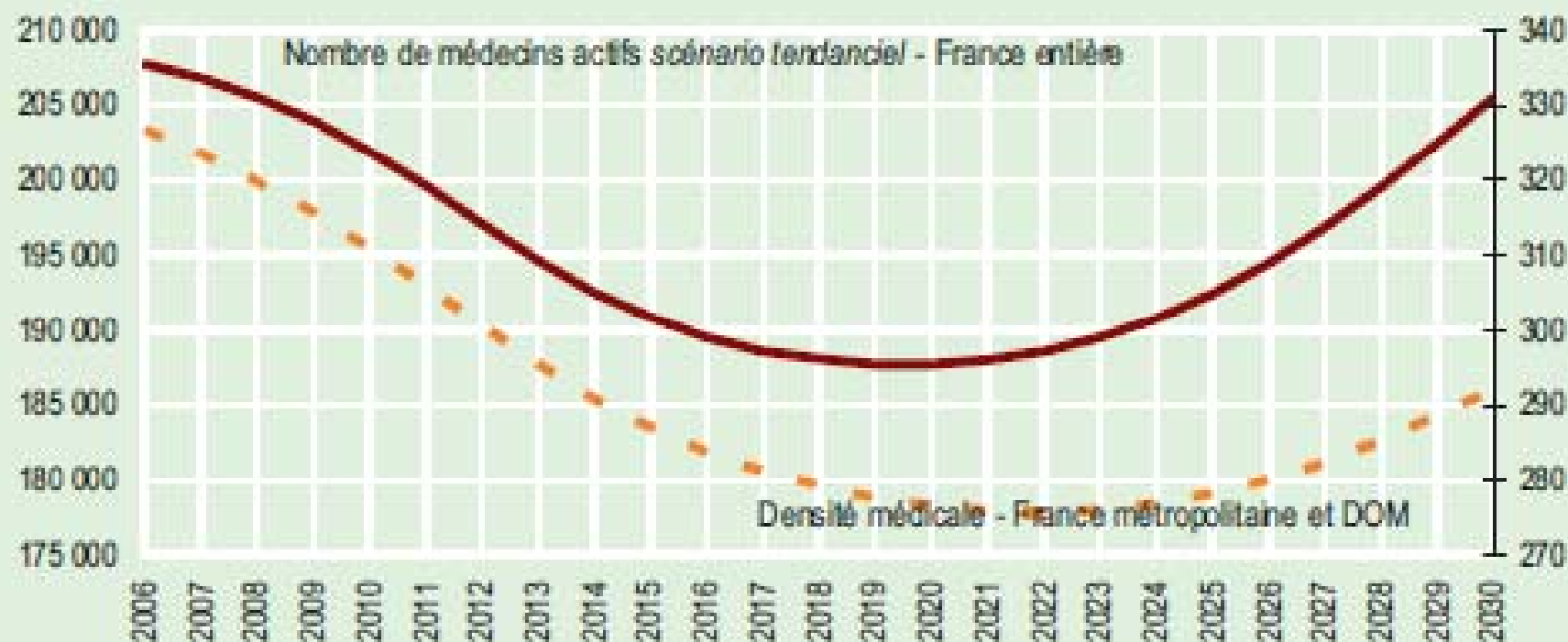
Nombre moyen de maladies/médicaments



Données: Enquête santé protection sociale 2008.

Pourquoi organiser les soins de premiers recours/lignes/primaires ?

Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel

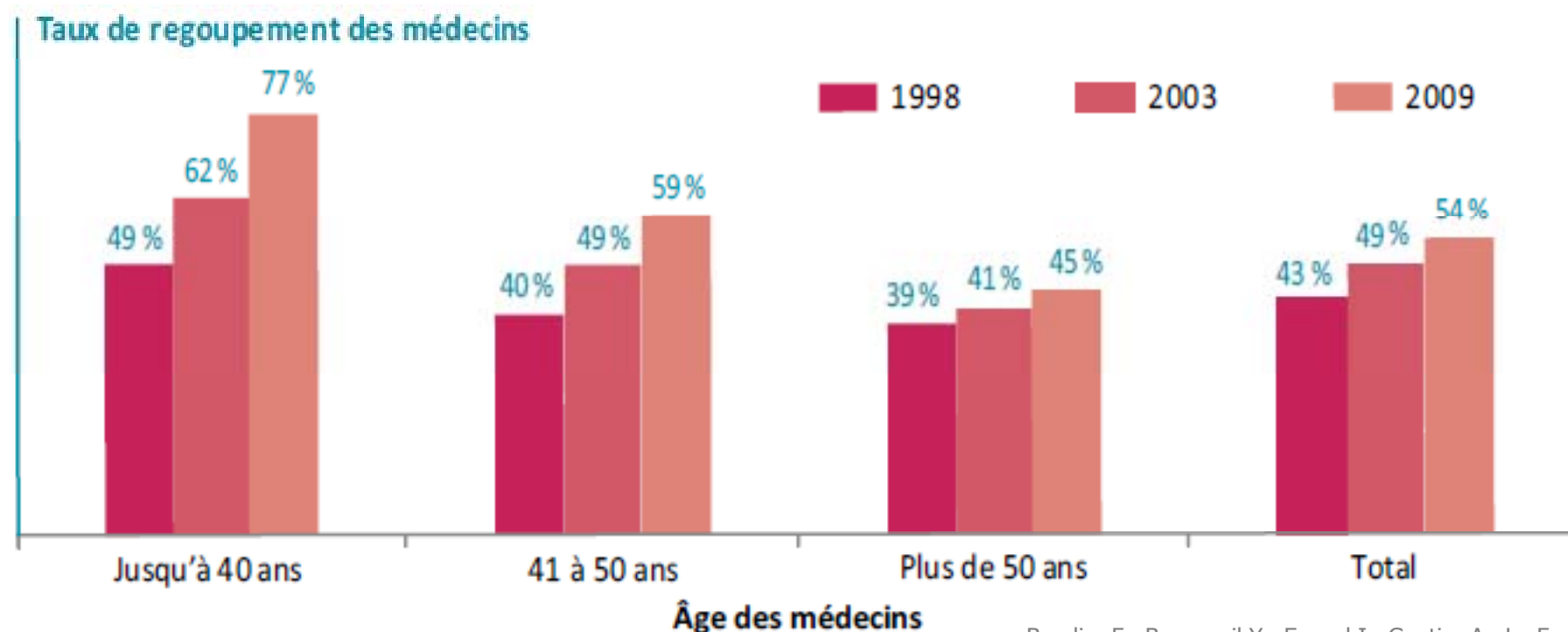


Champ • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France entière.

Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES.

Le regroupement devient majoritaire

Le regroupement des MG en France, une illustration des préférences des jeunes généralistes



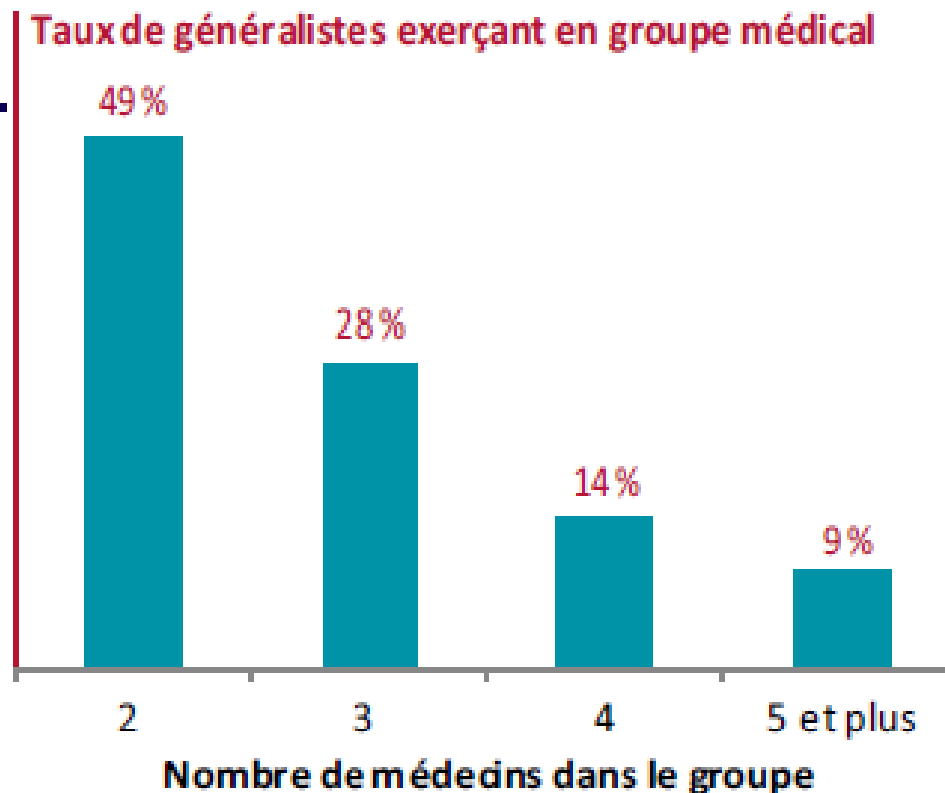
Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.
Exploitation : Irdes.

Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

Regroupement mono-disciplinaire et de petite taille

Même volume
d'acte, journées
plus longues,
moins de journées

Partage des
charges et
administratif,
confort, sécurité,
régulation de la
demande



Source: Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes.

Exploitation: Irdes.

Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé Irdes n° 157. 2010/09.

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Gains pour les patients, populations
 - Amplitudes ouverture (jour, semaine, année), nouveaux services « possibles » (prévention, éducation thérapeutique, MAD, « urgences »..), maintien d'une offre de proximité
 - Mais quid de la continuité et de la coordination pt de vue des patients ?
- Gains d'efficience : Economies de gamme et d'échelles au sein des groupes ? Effets sur les parcours de soins ? Moindres hospitalisation ? DMS plus courtes ? Harmonisation pratiques de prescriptions ? Pouvoir de négociation avec spécialistes ? Négociation/discussion avec l'Hôpital ?

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Les Maisons de santé (2009)
 - Hétérogènes (taille, nombre professionnels, investisseur, localisation, services, formes juridiques)
 - Points communs : accessibles, amplitudes horaires, professionnels plus jeunes, plus de femmes, accueil stagiaires, SI partagé entre médecins, échanges interprofessionnels informels (intérêt IDE ?)
 - Partage effectif des patients, pas de surcoût par patient, files actives plus grandes, moins de journées, mais plus longues et plus d'amplitude horaire, (moins de patients CMU ?)

Du regroupement aux équipes : constats, connaissances, questions

- Les centres de santé polyvalents (le retour ?)
- Gros centres (Moyenne 86 personnes – temps partiels ++ , gamme élargie, municipaux, milieu 20eme) et petits centres (moyenne 20 personnes – T pleins – peu de spécialistes, approche communautaire, associatifs , années 70) projets accès aux soins pour tous et une inscription territoriale forte
- Horaires étendus (année) rôle important joué par les soins infirmiers
- Dispositifs de facilitation de l'accès aux soins (tiers payant, secteur 1, tarifs dentaire, aide à l'ouverture de droit) , variabilité dans la pratique du tiers payant sur la partie complémentaire
- Une informatisation inégale (gouvernance). Financement acte : de 100% à 41%, « Potentiel » pour la coopération
- Clientèle précaire ++ (score epice, CMUC 15%), moindre recours chez les patients « exclusifs »

Vers une organisation des soins de première ligne et les ISS ?

- Soutien aux structures pluri-professionnelles (Avenant 20, Plan Maisons de santé, ENMR)
- Éléments « normatifs » : Les soins de premiers recours dans la Loi HPST comprennent:
 - la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
 - dispensation médicaments, produits, conseil pharmaceutique
 - Orientation système de soins, secteur médico-social
 - Éducation pour la santé
- Éléments professionnels : les missions des médecins généralistes de premiers recours
 - S'assurer de la prévention, dépistage, diagnostic, traitement, suivi des patients
 - S'assurer de la coordination, Veiller application protocoles, reco...
 - Synthèse des informations transmises
 - Prévention, dépistage, permanence des soins, accueil des stagiaires

AIR – Addressing Inequalities Interventions in Regions

- Projet Européen, soutenu par le réseau ENRICH
- Objectif : Documenter les interventions efficaces au niveau régional pour réduire les inégalités sociales de santé à travers la mobilisation des soins primaires
- Deux phases:
 - Revue systématique de littérature sur les interventions efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé à travers la mobilisation des soins primaires
 - Recensement sur le terrain par questionnaire des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé à travers la mobilisation des soins primaires au niveau régional en Europe

Objectif de la revue de littérature

- Recenser et classer les interventions en soins primaires évaluées permettant de réduire les inégalités sociales de santé
- Approche par la littérature publiée (Anglais – langues partenaires)
- Contribuer à l'élaboration de l'enquête
 - Questionnaire
 - Analyse

Concepts

- Soins primaires
 - Services
 - Promotion de la santé
 - Accès au diagnostic et traitement des maladies fréquentes
 - Soins maternels et infantiles
 - Organisation des services
 - Premier recours
 - Coordonnés et complets
 - Centrés sur la personne et le long-terme
 - Rémunération des professionnels
- Inégalités sociales de santé
 - Déterminants
 - Inégalités de santé
- Evaluation
 - Process
 - Outcome

Mots-clefs MeSH (1)

| Primary care services | Features of primary care services |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| Health Promotion | First-contact access |
| Preventive Health Services | Health Services Accessibility |
| Immunization Programs | Family Practice |
| Health Education | Long term person-focused care |
| Child Health Services | Managed Care Programs |
| Early Intervention (Education) | Continuity of Patient Care |
| Diagnostic Services | Comprehensive care |
| Emergency Service | Delivery of Health Care, Integrated |
| | Disease Management |
| | Coordinated care |
| | Community Networks |
| | Practice Management, Medical |
| | Professional Practice |
| | Physician payment |
| | Capitation Fee |
| | Fee-for-Service Plans |
| | Reimbursement, Incentive |

Mots-clefs MeSH (2)

Socio-determinants of health

Social Class
Socioeconomic Factors
Income
Poverty
Unemployment
Educational Status
Ethnic Groups
Minority Groups
Transients and Migrants
Medical Indigency

Health inequalities

Healthcare Disparities
Health Status Disparities
Social Justice

Health inequality measures

Outcome Assessment (Health Care)
Process Assessment (Health Care)
Program Evaluation
Utilization Review
Intervention Studies

Grille d'analyse des interventions

- Description de l'intervention
 - Date, lieu, durée
 - Justification
 - Contenu de l'intervention
 - Service de soins primaires correspondant
 - Facteurs intermédiaires
 - Population cible
 - Financement
- Description de l'évaluation
 - Design
 - Indicateurs
 - Population évaluée
 - Efficacité
 - Validité interne

Résultats

- 107 articles retenus
 - 103 portant sur des interventions isolées
 - 4 revues de la littérature
- 80 % de littérature retenue publiée en anglais porte sur des interventions mises en place aux Etats Unis
- Le reste porte sur des interventions mises en place au Royaume Uni, aux Pays-Bas, en Nouvelle Zélande, Australie, France, Hongrie
- Ont été aussi retenus des interventions évaluées dans les langues nationales en France, Belgique, Pays-Bas, Italie

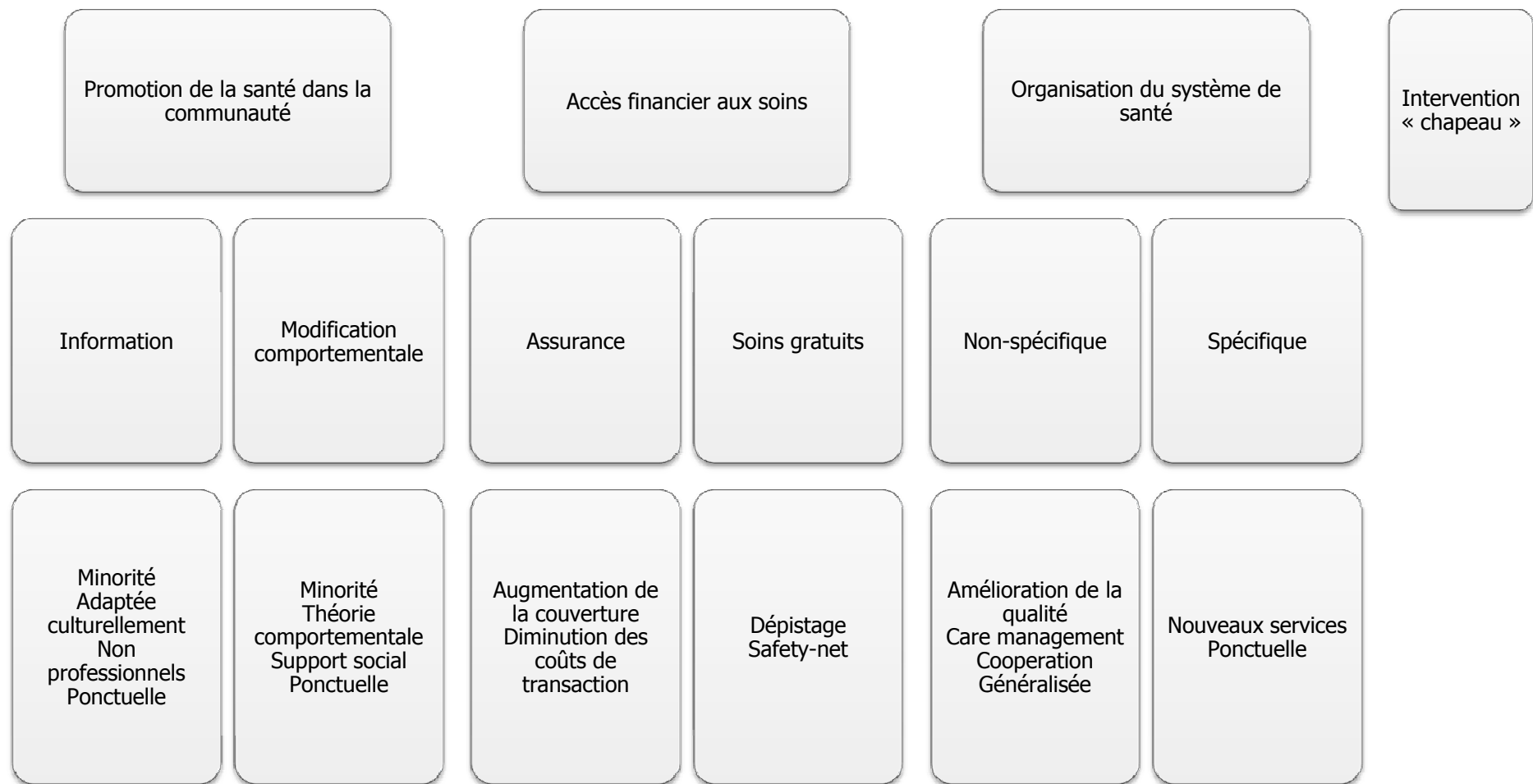
Services

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| Promotion de la santé | Information adaptée | Documents Entretien <ul style="list-style-type: none">• Professionnels• Non-Professionnels +/- suivi personnalisé |
| | Modifications comportementales | |
| Accès à des soins appropriés | Accès | Financier Géographique |
| | Soins appropriés | Formation professionnelle Organisation des soins Amélioration de la qualité |

Cible, lieu et méthode de recrutement

| Cible | Lieu | Recrutement |
|------------------|--|--|
| Population | Communauté | Base de données (assurance, annuaire...) Centre social (CAF...) Ville (Eglise, Ecole, centre culturel...) Média (journaux, télévision...) |
| | Service de santé (généraliste, centre de santé, hôpital) | Dossiers médicaux Lors de la visite |
| Système de santé | | |

Taxinomie des interventions

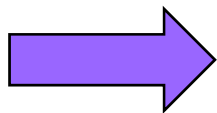


Efficacité : Promotion de la santé

- Promotion de la santé efficace
 - Entretien individuel ou en groupe à préférer
 - Par des non professionnels issus de la communauté
 - Adapté culturelle et linguistiquement
 - Suivi, ciblage des populations
- Rôle du médecin généraliste ? Primum non nocere ?

Efficacité : Mise en place des interventions de promotion

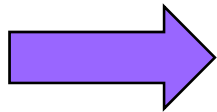
- Intervention chapeau
 - Structure financière et logistique
 - Nombreuses petites interventions complémentaires qui évitent le cloisonnement
 - Décrites dans plusieurs pays



Les Ateliers Santé-Ville en sont un exemple en France

Efficacité : Amélioration de l'accès financier aux soins

- Efficace : fort impact sur l'utilisation des soins



La CMUC et l'Aide complémentaire santé sont des exemples en France

- Nécessaire mais pas suffisant
 - Augmentation de l'éligibilité mais pas systématiquement de la couverture (les subventions à l'assurance sont peu efficaces)
 - Qualité des soins différentes
 - Pas d'effet sur les comportements de santé à risque

Efficacité : Modification de l'organisation des soins

- Interventions non destinées à réduire les ISS
 - Disease management et coopération entre professionnels de santé efficaces
 - Managed-care, paiement à la performance (P4P)
 - Résultats contradictoires
 - Pas d'incitation spécifique sur les inégalités
- Interventions spécifiques pour réduire les ISS
 - Sure Start
 - Nouveau service : dépistage systématique ciblé

Efficacité : Agir les autres déterminants de la santé par le système de soins

- Glazner, 2002
 - Mise en place de soins médicaux dans les crèches
 - Diminue le risque de perdre un emploi : l'idée est de réduire la causalité inverse de la maladie vers le statut social

Conclusion

- Limites :
 - Transférabilité des interventions
 - Biais de publication
 - Hétérogénéité des interventions, difficultés de classement de certaines interventions
- En dépit de ces limites, des interventions mobilisant les soins primaires semblent efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé

Conclusion

- ISS et soins Primaires en France ?
 - Communautaire en lien avec les Prof
 - 1/3 payant, ACS etc... en structures collectives
 - Services adhoc étrangers ?
 - Implantation en ZUS et zone rurales isolées
- L'enjeu de l'accès aux soins spécialisés (secteur 2)
- Formation des professionnels ?