

Les enjeux liés aux inégalités sociales et territoriales de santé

Les pratiques ambulatoires peuvent avoir un impact sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Il s'agit cependant de s'assurer qu'un suivi des personnes à faible niveau de ressources sociales et économiques peut être mis en œuvre.

Le virage ambulatoire : quels enjeux et quelles conséquences potentielles sur les inégalités sociales et territoriales de santé ?

Le « virage ambulatoire », qui fait partie des grandes orientations de la « stratégie nationale de santé », est empreint de volontarisme et de rapidité. En témoigne l'ambition affirmée d'atteindre en France un taux de chirurgie ambulatoire avoisinant 70 % à l'horizon 2022 [15]. Il est contemporain de la réduction de la capacité d'accueil en hospitalisation conventionnelle [5]. Si le confort des patients est souvent mis en avant, le virage ambulatoire est surtout lié à des considérations économiques [40]. L'Ondam (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) 2018 prévoyait 250 M€ d'économies supplémentaires, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables. Grâce à la progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire, 200 millions d'euros d'économies étaient envisageables en 2019 selon l'Assurance maladie¹. Mais, pour le Haut

Conseil de la santé publique et la Cour des comptes [14], l'impact financier de ce « virage » est incertain et les économies attendues n'ont pas été observées.

Pour le ministère de la Santé, l'objectif est de « permettre aux Français de recevoir les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment² ». La réduction des hospitalisations traditionnelles exige donc l'administration des soins par un suivi organisé en ville, autrement dit d'investir dans les « soins primaires » [1]. Ces orientations n'auront de sens que dans le contexte d'une organisation cohérente de l'ensemble du système, y compris l'hôpital car l'accès aux établissements hospitaliers peut être difficile en cas de complication post-opératoire.

Mais le dernier rapport du HCSP, en 2021 [33], en souligne les limites, particulièrement celles qui sont en lien direct avec l'organisation du retour à domicile, la continuité des soins et les frais induits pour les

Soraya Haddad
Centre
d'épidémiologie
des populations
(Cerpop), Toulouse
Thierry Lang
HCSP, Cerpoc

Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 59.

1. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004).

2. Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>



patients. Dans une logique de *lean management*, de « juste à temps » et d'élimination des temps sans valeur ajoutée, le retour à domicile demeure une étape complexe qui exige la participation du patient et de sa famille à la gestion de certaines tâches, telles que la surveillance clinique, le soutien ou la réalisation de certains soins. Dans les faits, ces actes, presque invisibles, pèsent avant tout sur les patients et leurs familles, auxquels un véritable travail « de santé » est transféré [43]. Le support social, les ressources financières, le savoir, la qualité de l'habitat deviennent des enjeux essentiels. Pourtant le HCSP souligne dans son rapport de 2021 que la vulnérabilité socioéconomique et les situations de handicap sont constamment sous-évaluées. L'application Visuchir³, conçue pour comparer les niveaux de performances ambulatoires des établissements, n'inclut pas ces critères socioéconomiques. L'autonomie des patients, qui repose sur leurs capacités de disposer de ressources sociales, culturelles, financières et géographiques, représente donc l'un des enjeux principaux du virage ambulatoire.

Le rôle central que prennent les ressources propres des patients porte en soi un risque majeur de creusement des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Cette question a récemment fait l'objet d'un numéro spécial d'*Adsp* [32]. Brièvement, la France se caractérise par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Y concourent les déterminants sociaux tels que l'environnement, le travail, les comportements, mais aussi le système de soins. L'insuffisance d'offre de soins dans certains territoires est une donnée connue, mais l'accès aux soins peut être aussi limité par des obstacles financiers et par la méconnaissance réciproque entre un système de soins qui ne pose pas la question des inégalités sociales de santé et les patients qui s'adaptent plus ou moins bien à des dispositifs de soins qui ignorent leurs conditions de vie. Les principaux enjeux du virage ambulatoire peuvent être anticipés sur la base des études françaises et internationales, mais aussi sur l'expérience canadienne, qui dispose d'un recul d'une vingtaine d'années et propose des pistes de réflexion en soulignant notamment les disparités de genre accentuées par cette démarche [27].

Le virage ambulatoire, analysé dans plusieurs rapports récents, soulève des enjeux majeurs au regard des inégalités sociales et territoriales de santé : 1/effort financier des ménages ; 2/mobilisation des patients et de leurs familles ; 3/limites des soins « de ville » ; et enfin 4/accès et maîtrise du numérique.

L'enjeu financier pour les ménages

En dépit de son système de protection sociale et d'assurance maladie, la France connaît un renon-

cement aux soins courants dans la moyenne des pays d'Europe, l'obstacle financier en représentant 40 % des raisons. L'absence d'assurance maladie complémentaire est considérée comme le premier facteur de difficultés de maintien dans le soin [25]. Mais le taux de non-recours à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est élevé, de l'ordre de 40 %⁴. La fréquence du renoncement aux soins varie sensiblement selon les revenus, en lien avec les couvertures complémentaires, dont les disparités d'offre accentuent l'impact potentiel de l'accès aux soins médicaux. S'y ajoutent le tiers payant non généralisé, les coûts de transports ou d'hébergement. Le risque de renoncement à des soins et à une prise en charge de qualité pour tous est élevé lorsqu'une part croissante des soins hospitaliers le sera à domicile.

L'enjeu du transfert des soins vers le patient et son entourage

Ce transfert de soins du milieu hospitalier vers le domicile suppose de transférer au patient un « travail » de soins et de coordination antérieurement réalisé par des professionnels. Le bon patient « coopératif » est alors celui qui accepte de prendre en charge ce travail [43], avec le risque d'accroître les inégalités en défaveur des patients dont le niveau de littératie en santé ne permet pas la parfaite compréhension de leur état de santé et limite leur autonomie. La défaillance du réseau de communication entre hôpital et professionnels « de ville » requiert la mobilisation des ressources du patient.

Le manque d'accompagnement au retour à domicile pose la question de l'isolement social. La famille va devoir faire face à des facteurs de vulnérabilité, tels que la vulnérabilité psychologique, la dépendance fonctionnelle du patient, ou encore des soins complexes. L'expérience canadienne montre que la question de l'équité est posée dès lors que chaque patient bénéficie d'un environnement plus ou moins bien doté en ressources sociales, d'un habitat plus ou moins salubre ou, enfin, d'un niveau de littératie en santé qui lui permette, à lui ou sa famille, de comprendre son état de santé et les suites ambulatoires [21]. L'importance du support familial se traduit par des disparités de genre observées au Québec, où les femmes assument entre 70 et 80 % de l'aide à domicile [12]. Les hommes se chargent principalement des tâches les moins engageantes émotionnellement, alors que les aidantes assurent le soutien psychologique et les travaux domestiques. Ce retrait de l'État est une source de charge mentale, au détriment de la santé des femmes. Le défi du virage est de constituer les services afin de réduire la charge de ces aidantes, d'autant plus forte que les ressources sont faibles.

3. L'Assurance maladie. « Mise en ligne de Visuchir, une application pour visualiser l'activité chirurgicale, notamment ambulatoire, des établissements de santé ». 2018, 3 p. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-12-12-cp-visuchir-application.pdf>

4. La CSS regroupe depuis 2019 la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS).

L'enjeu autour des soins de santé primaires en ambulatoire

L'organisation de la coordination et de la communication entre les professionnels, et entre professionnels et usagers est un autre enjeu majeur. Le lien ville-hôpital demeure actuellement fragile. Un patient sur cinq juge de moyenne à mauvaise l'organisation de sa sortie hospitalière⁵ et relève le manque de lisibilité des modalités d'adressage [19] pour s'orienter vers l'offre disponible. Dans cette enquête de la HAS en 2020, 23 % des patients n'avaient reçu aucun document à la sortie contenant des informations sur leur intervention et leur suivi, 43 % des patients n'avaient pas été contactés après leur sortie. La HAS recommande de remettre une lettre de liaison au patient le jour même de sa sortie, mais 34 % des professionnels de ville (médecins, infirmiers, pharmaciens) ne reçoivent pas ces informations [34]. Le patient doit là aussi compter sur ses propres ressources afin d'assurer sa prise en charge, avec le risque d'aggraver les inégalités sociales de santé.

Selon les territoires, l'éloignement géographique et les obstacles financiers affectent inégalement les populations. Globalement, pour les médecins généralistes, le volume de soins moyen par habitant mesuré par le nombre d'actes a diminué d'environ 15 % entre 2000 et 2013, diminution expliquée majoritairement par une baisse du nombre de visites [6]. Dans les zones à faible densité en cabinets médicaux, les parcours de soins sont encore plus compliqués. Cet enjeu territorial est indissociable des revenus du patient. Dans des régions très dotées en cabinets médicaux, les dépassements d'honoraires sont fréquents. Les déserts médicaux quant à eux induisent des coûts de transport et de logement supplémentaires qui sont souvent à la charge du patient. Toutes les professions de santé sont concernées par ces questions de densité territoriale, qui peuvent limiter le recours voire aller jusqu'au renoncement aux soins.

L'enjeu numérique

Le virage s'inscrit dans la numérisation des soins en encourageant la communication électronique entre professionnels et avec les patients, ce qui suppose l'accès aux équipements et la capacité à les utiliser. Mais l'accès à Internet est inégal du fait de la disparité territoriale d'accès à l'offre de haut débit et des ressources économiques d'accès à l'équipement. Les personnes âgées peu diplômées ou à revenu modeste disposent moins souvent d'un accès à Internet. Une partie des usagers d'Internet (38 %)⁶ manque de compétences telles que la capacité à utiliser les outils numériques dans au moins un de ces domaines : la recherche d'information, la

communication, l'utilisation de logiciels... Les personnes sans diplôme ou à niveau de qualification faible sont respectivement 4 et 2,5 fois plus susceptibles d'être en situation d'illectronisme (difficulté ou incapacité à utiliser les outils informatiques) que les personnes ayant fait des études supérieures [51].

Des enjeux soulignés par la crise du Covid-19

La pandémie de Covid-19 a eu de profondes répercussions sur notre système de santé. Nous n'en prendrons qu'un exemple portant sur les événements indésirables graves liés aux soins (EIAGS) et la satisfaction du patient. Une étude quantitative et qualitative, pilotée par la HAS, portant sur les caractéristiques des EIAGS en lien avec la pandémie et le ressenti des patients, montre que le manque de communication entre professionnels et patients, bien documenté, est un élément majeur des difficultés. L'insuffisance des ressources en ambulatoire et l'indisponibilité des professionnels de santé, à l'origine de difficultés d'accès aux soins de rééducation post-opératoire, ont entraîné des complications de type musculo-squelettique (3 % en 2019 contre plus de 13 % durant la période Covid-19) [46].

Conclusion

L'objectif du virage ambulatoire est de transférer des soins qui étaient antérieurement délivrés à l'hôpital vers le domicile des patients. Si les mettre au cœur du processus de soins et de prise en charge c'est leur déléguer une part du travail de soins, alors c'est compter sur leurs ressources propres et donc accentuer l'inégale répartition sociale et territoriale des soins. Éviter le creusement des inégalités sociales et territoriales de santé suppose de répondre à deux enjeux essentiels : d'une part, repenser, organiser et investir dans l'articulation entre les établissements de santé et les soins de ville, pour éviter que le parcours ville-hôpital ne soit marqué par des ruptures de communication que les patients ont à charge d'essayer de pallier ; d'autre part, un pilotage et une réorganisation de l'offre des soins de ville indispensables pour décroiser les interventions de l'ensemble des professionnels de santé et des services sociaux, maîtriser l'offre de soins au niveau territorial, expérimenter d'autres modèles de financement que le paiement à l'acte, et développer les nouvelles formes d'organisation (CPTS, MSP...) de soins primaires, permettant un exercice coordonné de soins de qualité par des équipes pluriprofessionnelles organisées.

Faute de répondre à ces enjeux majeurs, le virage ambulatoire ne pourrait que creuser un peu plus les inégalités sociales et territoriales de santé, entre des patients initialement socialement favorisés et vivant dans des territoires à l'offre de soins optimale et les autres. Il est d'autant plus important de poser ces questions que le dispositif de surveillance statistique ne permet pas aujourd'hui de repérer des inégalités sociales de santé ou des inégalités territoriales de santé dans le cadre du virage ambulatoire. ➡

5. Haute Autorité de santé. « IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés ». 2018-2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises

6. Legleye S., Rolland A. « Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétences numériques de base ». Insee Première, 2019, n° 1780. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4241397>