

Discussion du papier :

“Projections des dépenses de soins de ville, construction d’un module pour destinie”

par Charlotte Geay, Malik Koubi, Grégoire de Lagasnerie

**Denis Raynaud**

**Séminaire Fourgeaud, 11 mars 2015**

## Plan de la discussion

- La source SPS-EPAS et les pistes pour l'avenir
- L'indicateur état de santé subjective
- Éléments de comparaison sur l'état de santé
- Les limites du champs : quid des transferts ville-hôpital ?
- Etude centrée sur la demande :
  - pourquoi ne pas faire des variantes volontaristes, par exemple sur les conduites à risque (tabac, alcool...)
  - généralisation de la complémentaire santé
- Absence de l'offre :
  - Leviers d'actions du régulateur
  - Impact du progrès technique

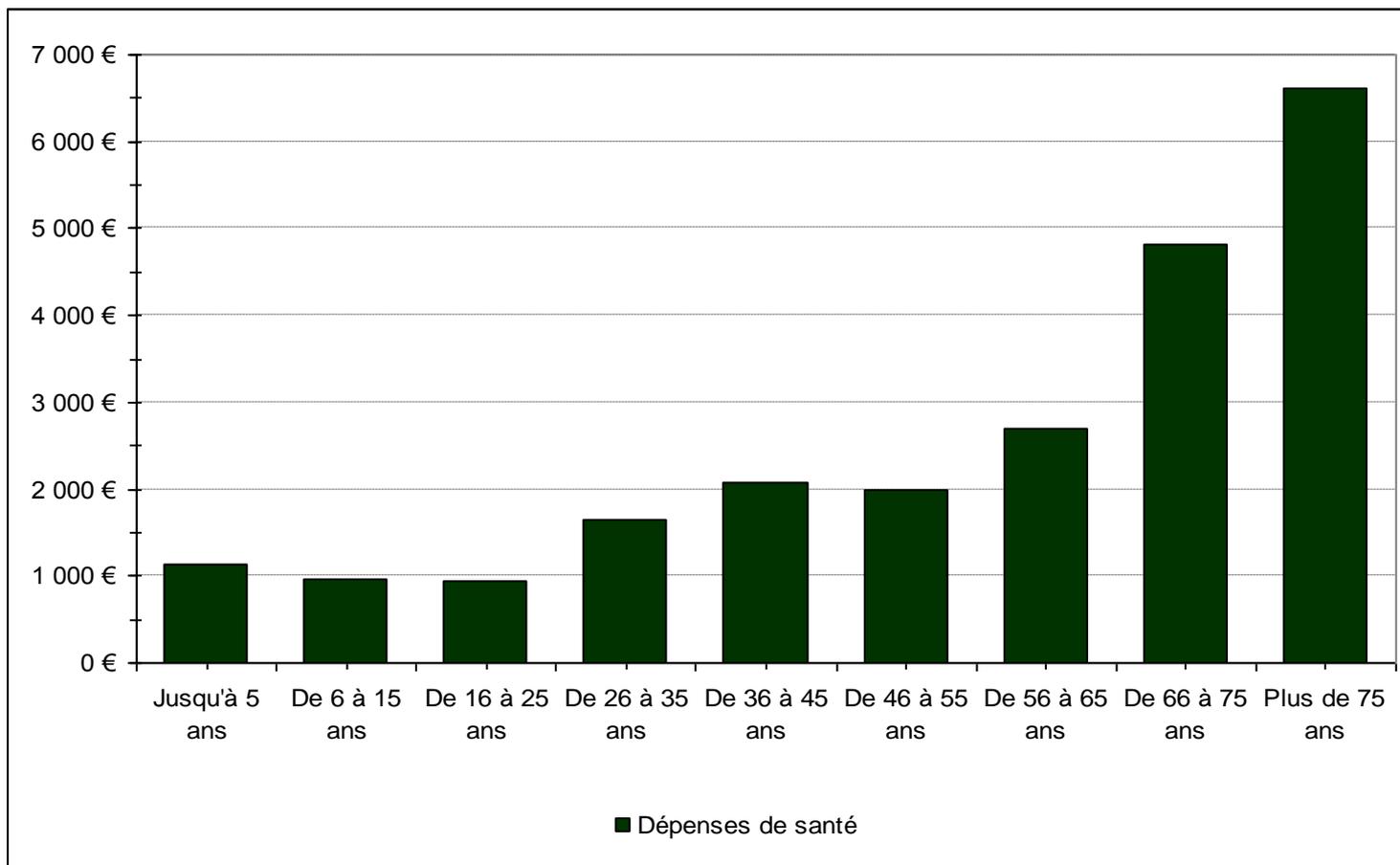
## La source EPAS-SPS

- La meilleure source possible compte tenu des objectifs et du moment de réalisation de l'étude
- Mais des limites de SPS
  - Attrition du panel : où sont les statistiques sur l'attrition ? Est-ce que cette attrition est indépendante de l'état de santé ?
  - Limites du champ de SPS : problème des fonctionnaires, France métropolitaine, non-réponse au questionnaire santé...
- Et des limites de l'EPAS
  - Données hospitalières : choix de les exclure malgré des problèmes de champ et de qualité ?
  - Pas le non-remboursable
- Des pistes pour le futur
  - Loi de santé : SNDS Cible : sniiram PMSI AMC CepiDC...
  - Les appariements : viser à terme un appariement EDP-SNIIRAM ?

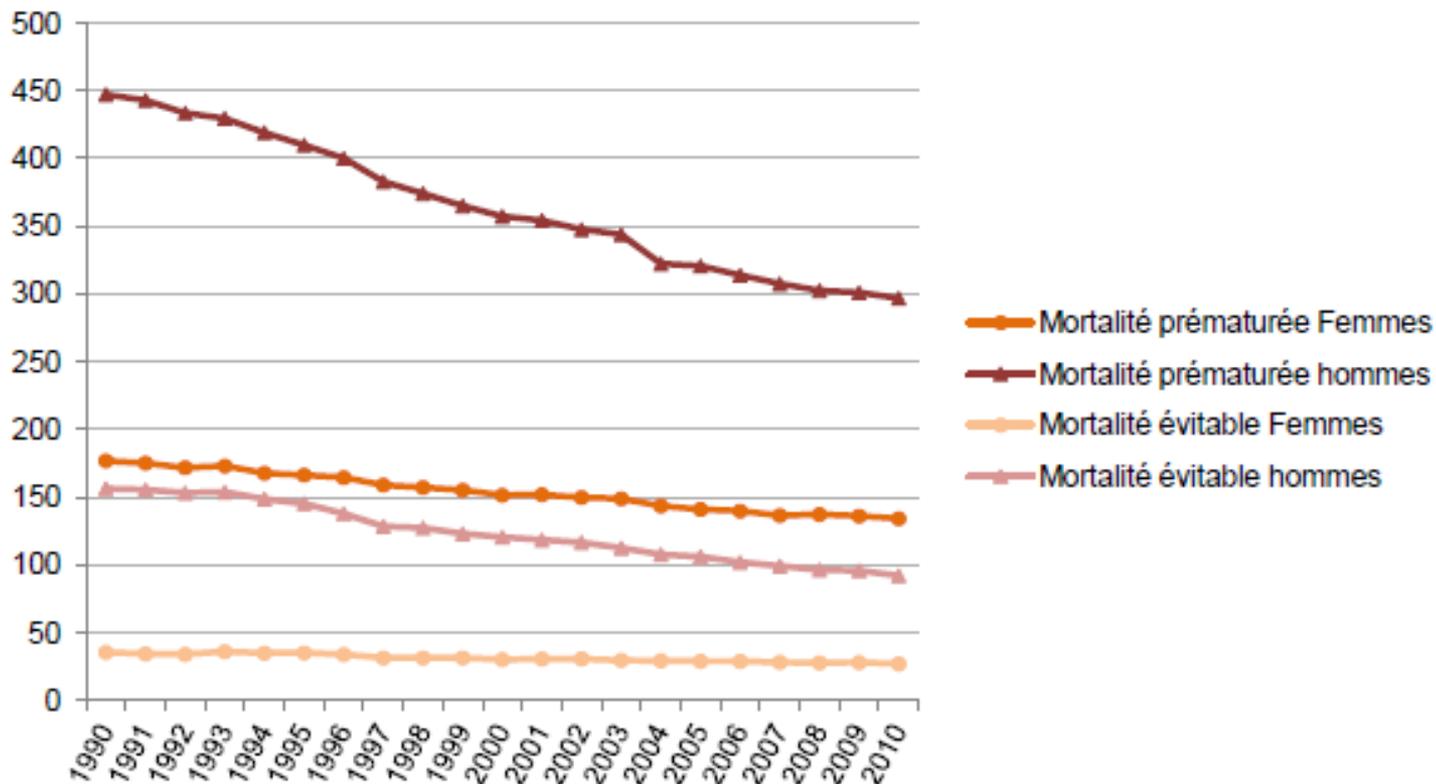
## Les biais sociaux affectant la déclaration de l'état de santé

- Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé (Devaux et al., 2008)
- Ainsi, à santé latente donnée, les femmes et les personnes âgées déclarent plus souvent des maladies chroniques. Les problèmes de santé mentale sont surdéclarés par les femmes et les personnes isolées et sous-déclarés par les plus âgées
- Les inactifs et les retraités déclarent plus fréquemment des limitations d'activité, de même que les cadres
- Enfin, les personnes les plus éduquées, aux revenus élevés, les cadres et les professions intermédiaires déclarent plus fréquemment des maladies chroniques, tandis que les personnes peu éduquées sous-déclarent la mauvaise santé perçue
- Piste pour le futur : les données administratives. Les tops de la CNAMTS à partir des consommations et affections de longue durée (ALD). Environ 50 pathologies identifiées (oui/non)

## Pourquoi avoir un seuil à 40 ans ?



**Graphique 1 : Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée\* (0 à 64 ans) en France**

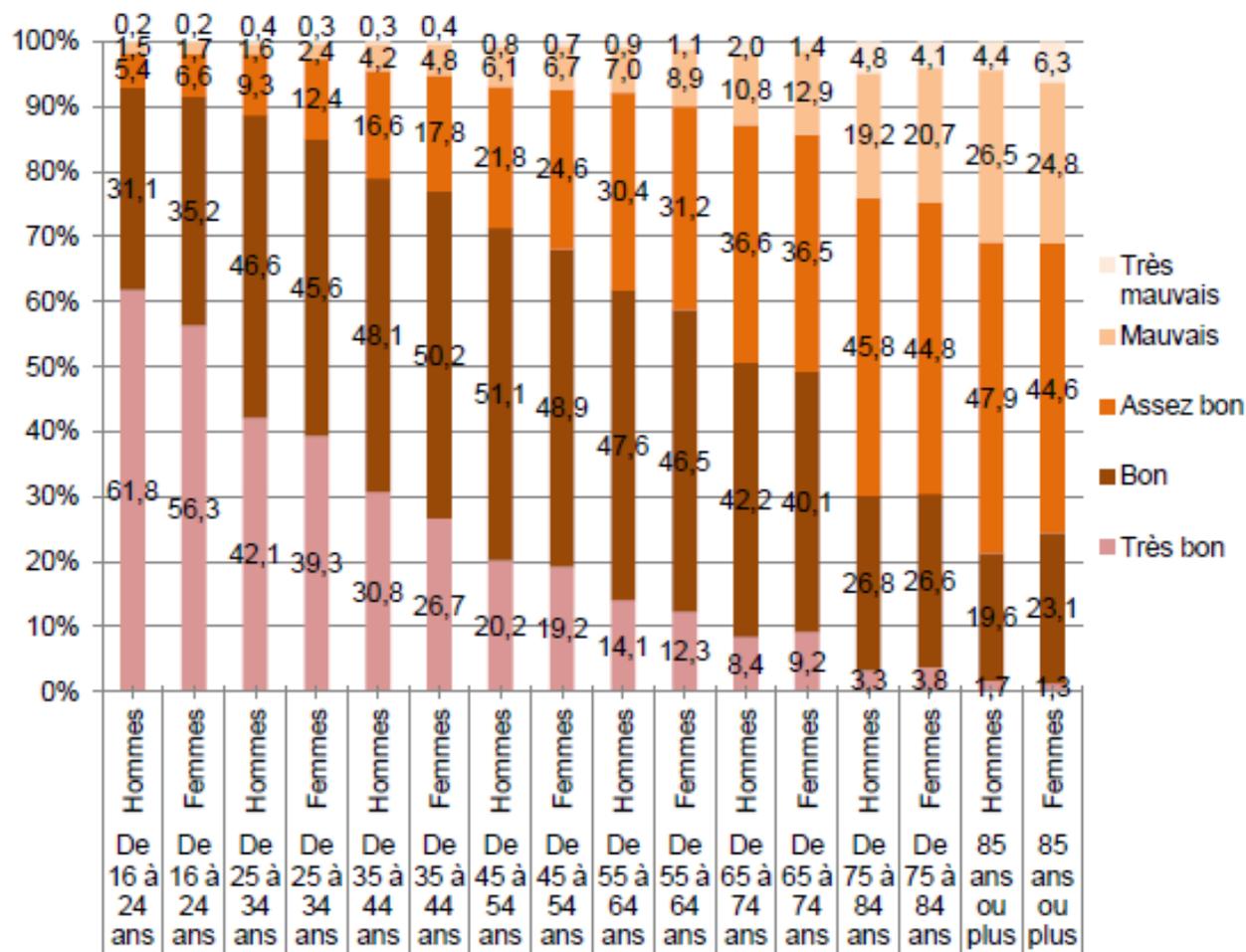


\*Taux pour 100 000 habitants, standardisés par âge selon la population européenne et EFTA (European Free Trade Association).

Champ: France métropolitaine.

Sources : INSERM-CépiDc

Graphique 1 : État de santé perçue selon l'âge et le sexe en 2012\* (en %)

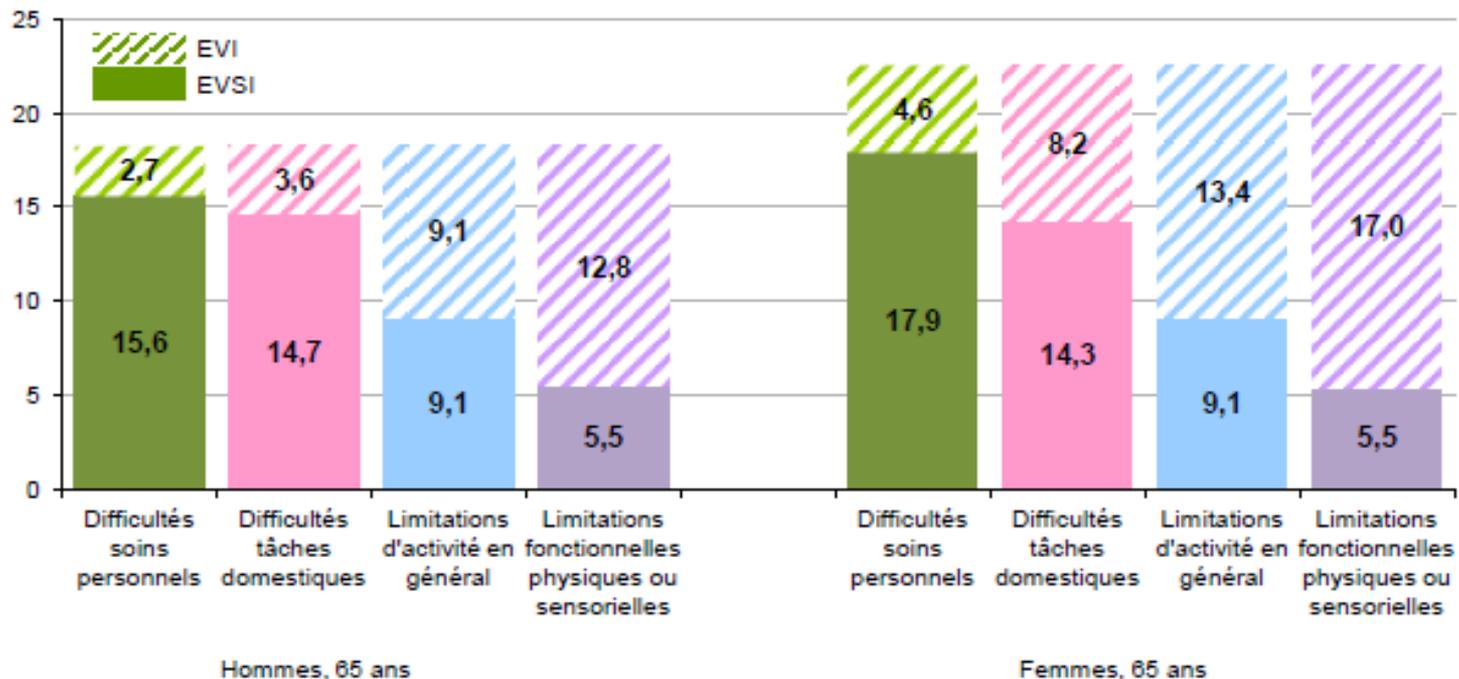


\* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 16 ans ou plus.

Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2012.

**Graphique 4 : Espérance de vie avec et sans incapacité\* à 65 ans, par sexe, selon quatre indicateurs d'incapacité en 2008\*\***



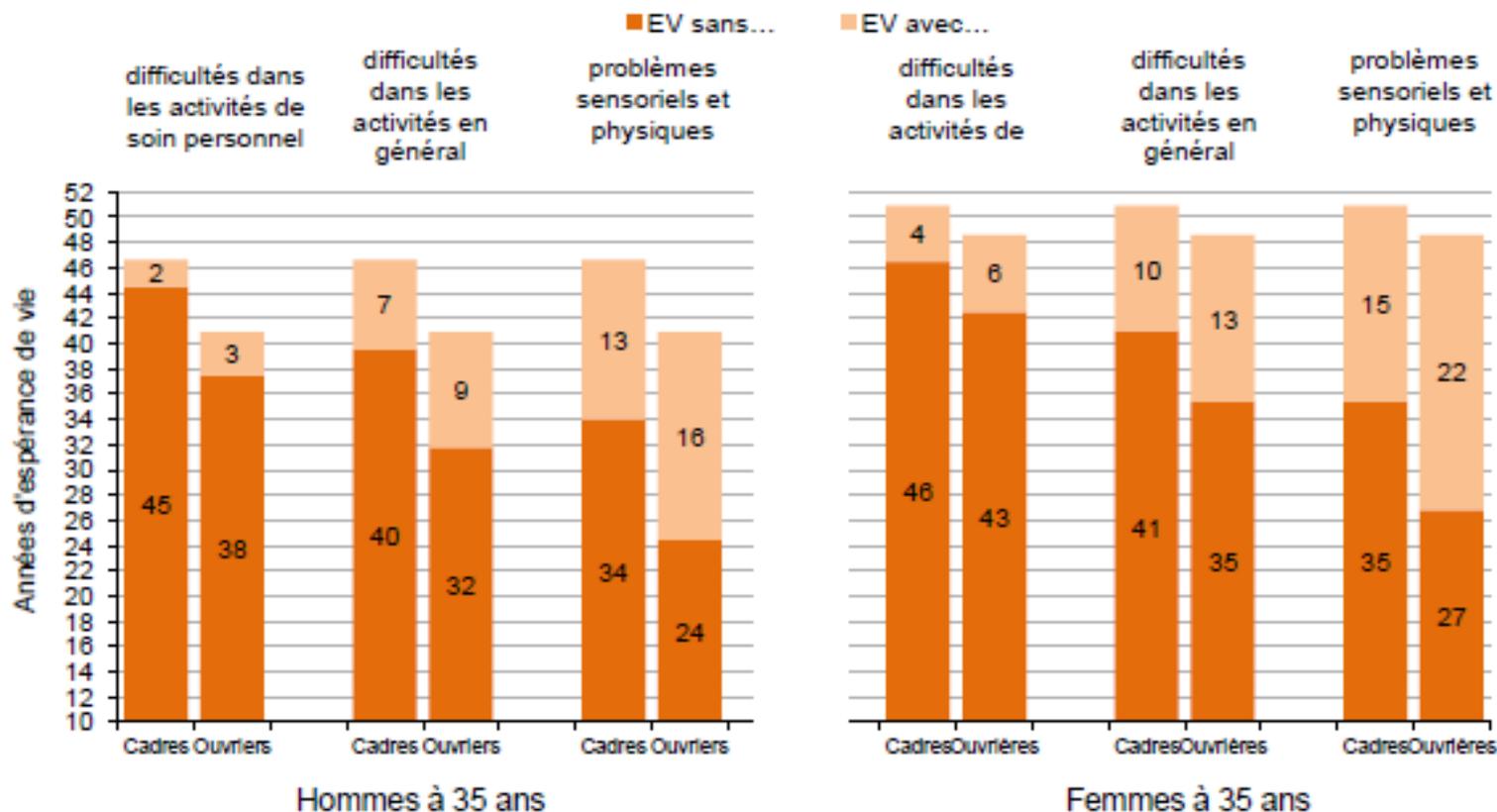
\* EV : espérance de vie ; EVSI : espérance de vie sans incapacité ; EVI : espérance de vie avec incapacité.

\*\* Ces quatre indicateurs sont les limitations fonctionnelles sensorielles et physiques, les limitations dans les activités en général, les restrictions dans les activités domestiques et les restrictions dans les activités de soins personnels

Champ: France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 65 ans ou plus.

Sources : Enquête Santé-Handicap ménage, INSEE, 2008.

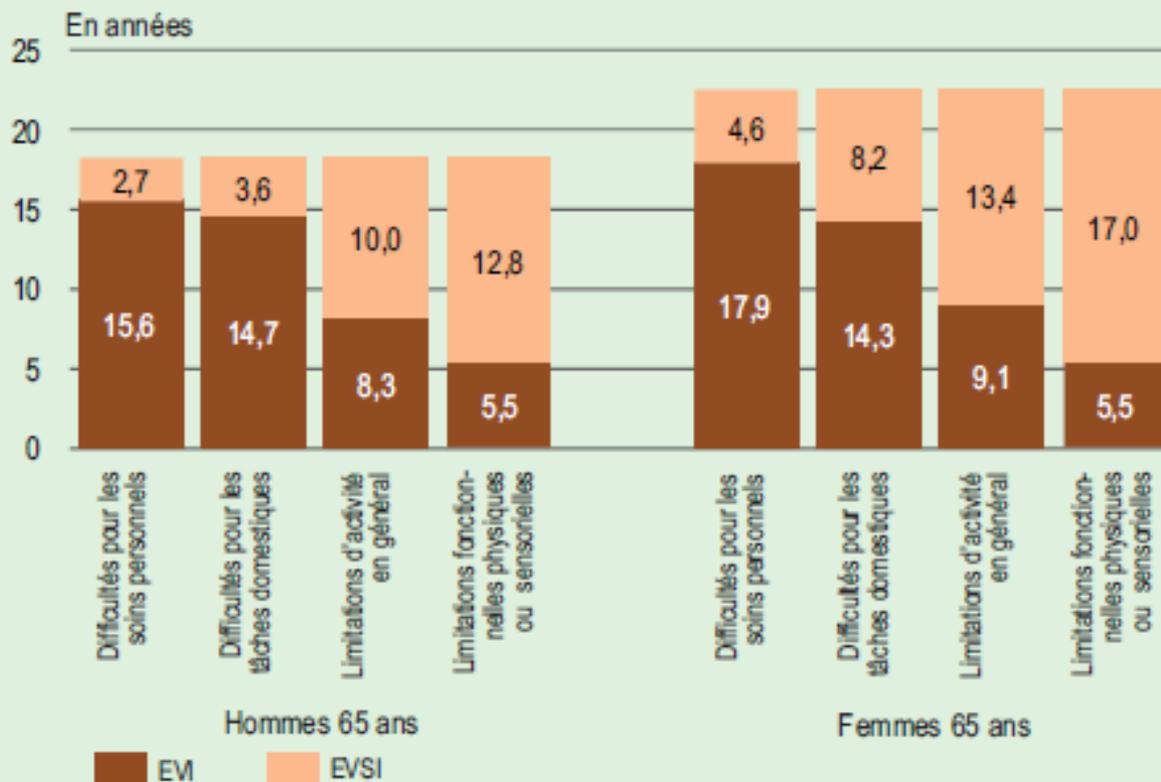
**Graphique 2 : Espérance de vie à 35 ans selon trois indicateurs d'incapacité chez les cadres supérieurs et les ouvriers, en 2003**



Champ : France métropolitaine.

Sources : Calculs des auteurs (Cambois *et al.*) d'après les données de l'Échantillon démographique permanent et de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003.

## Espérance de vie avec et sans incapacité\* à 65 ans, par sexe, selon quatre indicateurs d'incapacité en 2008

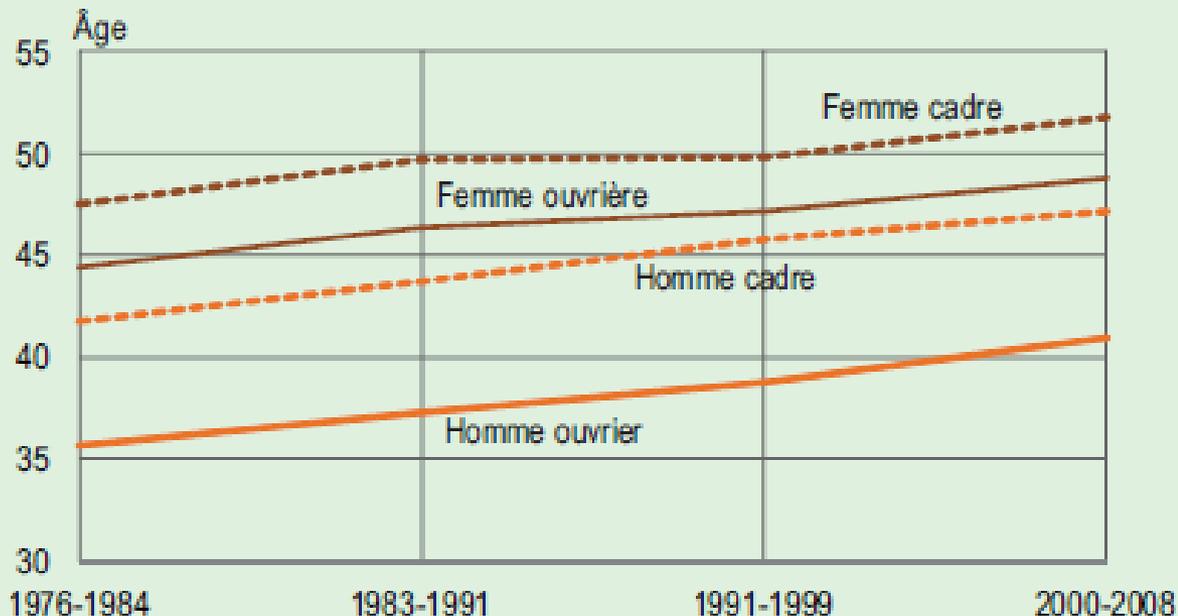


\* EVI : espérance de vie avec incapacité ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ • France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 65 ans ou plus.

Sources • Enquête Handicap-Santé ménages, INSEE, 2008.

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



\* Blanpain N. , 2011, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, INSEE, n° 1372

**Lecture** • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • INSEE, Échantillon démographique permanent.

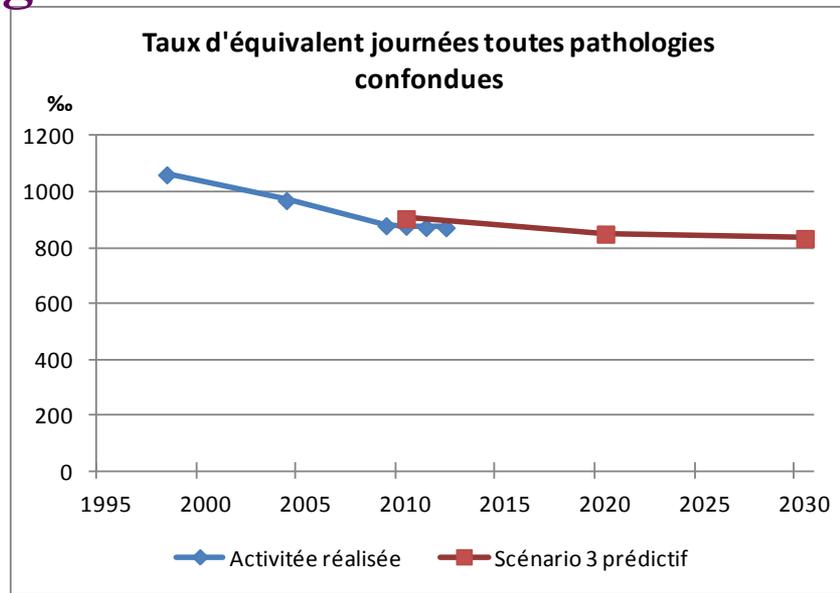
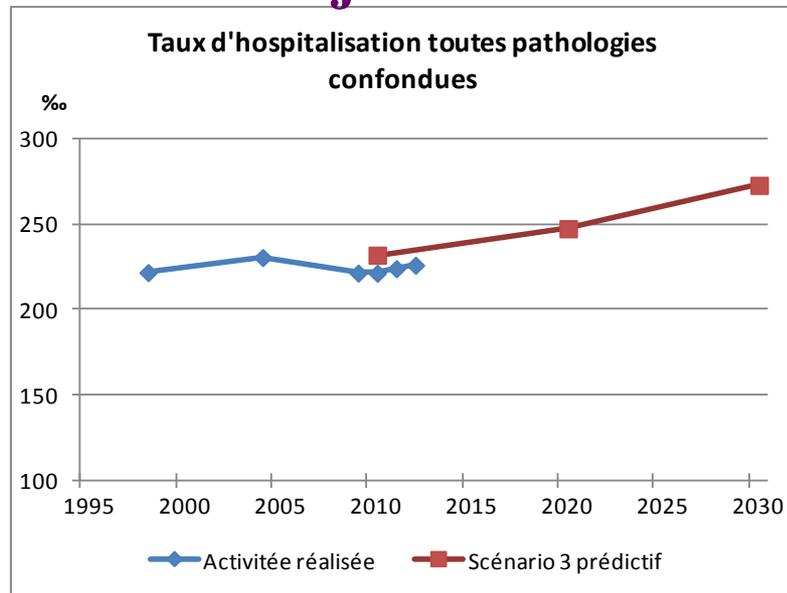
## Les limites du champ de l'étude

- Absence de l'hôpital
- Non prise en compte des évolutions de l'offre
- Or les principaux leviers d'actions des régulateurs concernent la régulation de l'offre
  - Rythme de diffusion du progrès technique
  - Démographie médicale
  - Organisation des soins, notamment le transfert de l'hôpital vers la ville

# Projections et activité effectivement réalisée

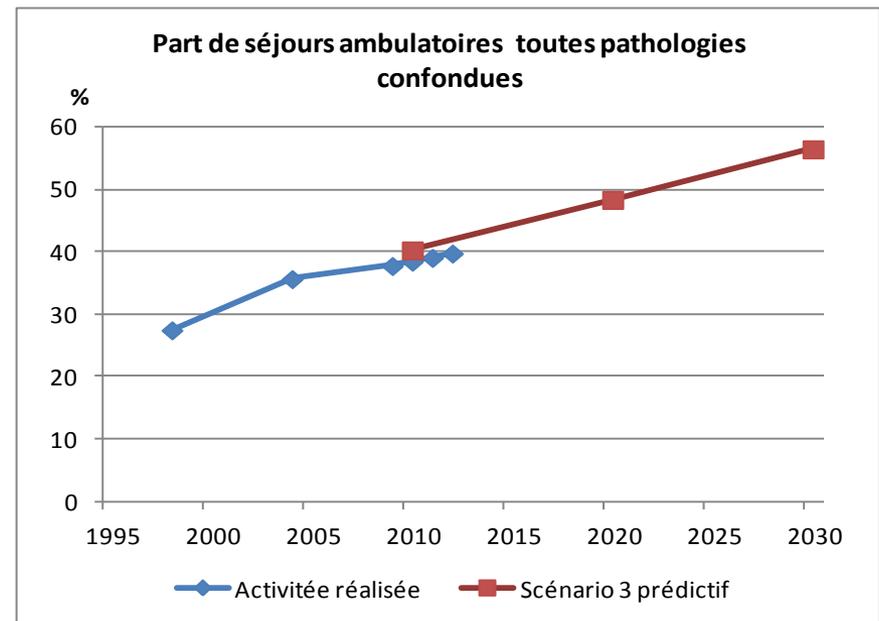
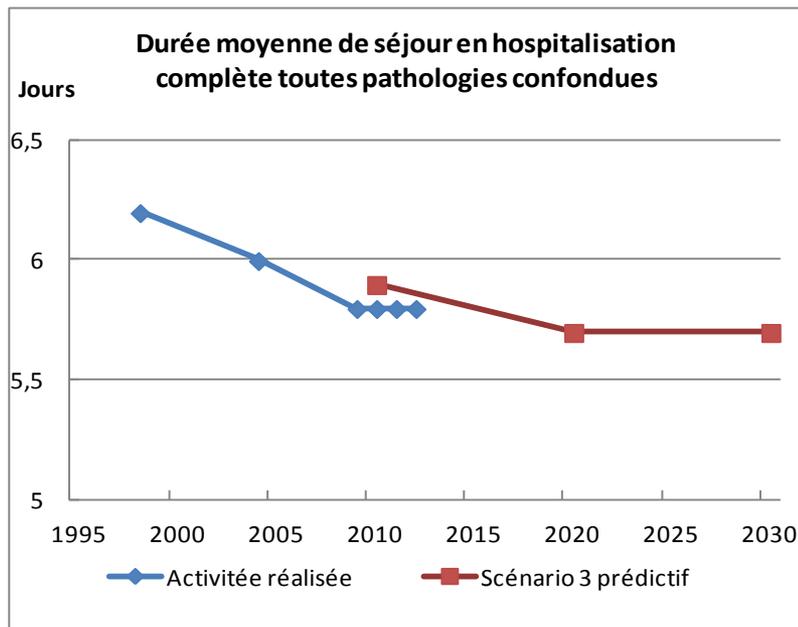
Une analyse à partir de la base PMSI MCO  
1998, 2004, 2009, 2010, 2011, 2012

## Évolution du taux d'hospitalisation et du taux d'équivalent journées - Tous âges et Toutes causes



- ❖ Au total, les transformations ont été plus rapides que celles imaginées dans le scénario 3 « volontariste »
- ❖ Le vieillissement ne se traduit pas par une augmentation aussi forte que prévue des taux d'hospitalisation
- ❖ Le nombre d'équivalent-journées d'hospitalisation est inférieur aux projections

## Évolution de la DMS et la part de séjours ambulatoires Tous âges et Toutes causes



- ❖ La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète a baissé plus rapidement que prévu
- ❖ Malgré une forte croissance, le taux de séjours pris en charge en ambulatoire a progressé moins rapidement que prévu

## Si l'exercice se centre sur la demande

- Alors pourquoi ne pas envisager des variantes :
  - Sur les politiques de prévention
  - Sur les comportements à risque
- Quid de la solvabilisation de la demande sur les résultats :
  - Généralisation de la complémentaire santé
  - Tiers payant
  - Régulation des dépassements d'honoraires