

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/279-les-inegalites-territoriales-de-financement-et-d-accessibilite-des-soins-medico-sociaux.pdf>

Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?

Anne Penneau et Zeynep Or (Irdes)

Le niveau d'offre et de financements médico-sociaux varie fortement en fonction de l'attractivité des territoires et des politiques locales. L'accessibilité aux soins médico-sociaux est donc inégale en fonction du lieu de résidence des seniors. Cette étude analyse ces inégalités territoriales et mesure leurs liens avec les dépenses de santé des seniors en se concentrant sur une population qui a des besoins de soins multiples, les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa).

En France, une personne âgée de 75 ans et plus sur quatre vit dans une zone faiblement dotée en termes d'offre médico-sociale à domicile et en établissement. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses d'hospitalisation des patients atteints de Masa sont plus élevées et les dépenses ambulatoires plus faibles dans les territoires moins dotés en offre médico-sociale et dans les départements dont les financements de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sont les plus limités. Ces résultats confirment que la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations et favoriser une prise en charge en ville des seniors atteints de maladies neurodégénératives.

La qualité de la prise en charge et le coût des soins des seniors représentent des enjeux politiques et sociaux grandissants au regard du vieillissement de la population. En effet, les besoins de soins sanitaires et médico-sociaux augmentent avec l'âge et le développement de maladies chroniques durant les dernières années de la vie. Garantir l'accès aux soins à la fois sanitaires et médico-sociaux est essentiel pour assurer la qualité de prise en charge des seniors. Pourtant, si les disparités territoriales d'accessibilité aux soins médicaux sont largement documentées

en France (Chevillard et Mousquès, 2019 ; Grobler *et al.*, 2015), peu d'attention a été portée aux inégalités d'accès aux soins médico-sociaux. La politique médico-sociale étant en partie décentralisée en France, les niveaux de financement et les politiques de régulation de l'offre peuvent varier d'un territoire à l'autre. En France, l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est la principale source de financement des soins médico-sociaux à domicile et contribue au financement des établissements (forfait dépendance). Toutefois, le niveau de financement *via* l'Apa diffère selon les

départements¹. De même, les politiques départementales de régulation de l'offre peuvent fluctuer ainsi que l'attractivité des territoires pour les offreurs de soins, et créer des inégalités d'accessibilité aux soins en fonction du lieu de résidence des seniors. L'objectif de cette étude est

¹ La valeur du point Gir départemental, qui définit le montant versé aux Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) – forfait dépendance – varie d'un département à l'autre (CNSA, 2022). Les équipes pluridisciplinaires des conseils départementaux qui évaluent le montant des plans de soins versé aux seniors au titre de l'Apa à domicile peuvent être plus ou moins généreuses en fonction de la richesse et de la politique du département.

d'analyser ces variations territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux et d'établir leurs liens avec les dépenses de santé.

Un meilleur accès aux soins médico-sociaux pourrait réduire les dépenses de santé des seniors

Les disparités de financements et d'accessibilité des soins médico-sociaux peuvent impacter les dépenses de santé par deux mécanismes. Premièrement, il peut y avoir une substitution entre les soins médicaux et médico-sociaux. Cette substitution pouvant parfois être imposée lorsque les alternatives aux soins de santé font défaut dans le secteur médico-social, par exemple en retardant le retour au domicile après une hospitalisation faute de disponibilité de soins médico-sociaux à domicile ou en établissement (Gaughan *et al.*, 2015). Deuxièmement, il peut y avoir un effet de retard de soins : le manque d'accès

aux soins médico-sociaux peut créer des besoins de soins non satisfaits qui contribuent à la détérioration de l'état de santé des personnes fragiles (provoquant des chutes, de la déshydratation, etc.), et augmentent le besoin de soins médicaux ambulatoires ou hospitaliers plus chers.

Dans cette étude, en se concentrant sur une population âgée fragile, les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa), nous mesurons la relation entre les dépenses de santé et deux sources d'inégalité d'accès aux soins : géographique et financière. Cette population nécessite un accompagnement médical et médico-social continu qui entraîne des dépenses publiques élevées (Berand *et al.*, 2015). Ainsi, on postule que cette population sera particulièrement sensible aux modalités d'organisation, de financements, et d'accessibilité des soins médico-sociaux. Les personnes atteintes de la Masa ont été identifiées à partir des données de consommation

de soins de l'Assurance maladie (encadré Méthode 1) et un modèle multiniveau a été spécifié. Celui-ci avait pour but d'estimer le lien entre les disparités territoriales d'offre et de financement médico-social et les dépenses de santé des patients atteints de Masa en contrôlant l'état de santé, la situation socio-économique et l'offre de soins médicaux (encadré Méthode 1). L'accessibilité géographique de l'offre médico-sociale est mesurée au niveau du territoire de vie alors que les disparités de financement médico-social (Apa à domicile et en établissement) sont mesurées au niveau des départements qui financent l'Apa.

Un senior sur quatre réside dans une zone moins bien dotée à la fois en offre médico-sociale à domicile et en établissement

L'offre médico-sociale au niveau du territoire de vie est mesurée par quatre variables représentatives de la grande majorité de cette offre sur le territoire en 2015 (encadré Méthode 2, p. 5). Trois de ces offreurs de soins appartiennent au secteur médico-social : les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les résidences autonomie et les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad). Un quatrième offreur de soins appartient au secteur sanitaire, les infirmières libérales. Ces dernières jouent en effet un rôle majeur dans la réalisation des soins médico-sociaux (tels que l'aide à la toilette quotidienne) au domicile des seniors, et ce particulièrement dans les territoires avec une offre élevée d'infirmières libérales (Suchier *et al.*, 2021). À titre de comparaison, en 2011², les Saad ont réalisé 163 millions d'heures de soins à domicile, les infirmières libérales ont fourni près de 115 millions d'heures d'actes de soins tandis que les Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) réalisent près de 35 millions d'heures de soins par an (Ramos-Gorand, 2020). Les données sur les Ssiad n'étant pas disponibles au niveau du territoire de vie, elles ont été mobilisées uniquement dans l'analyse de sensibilité des résultats (encadré Méthode 2, p. 5).

2 Données de 2011 (dernières disponibles sur la file active des Services de soins infirmiers à domicile-Ssiad).

M ÉTHODE 1

Estimer le lien entre dépenses de santé et inégalités territoriales d'accessibilité des soins médico-sociaux

Les patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) âgés de 60 ans et plus sont identifiés entre 2014 et 2018 dans le Système national des données de santé (SNDS) à l'aide d'un algorithme (Cnam, 2020) basé sur les informations relatives aux Affections de longue durée (ALD) et sur l'historique de la consommation de soins spécifique à la maladie. Les analyses concernent la France métropolitaine hors Corse, soit 2 708 territoires de vie et 94 départements. Environ 600 000 patients âgés de 60 ans et plus atteints de la Masa ont été identifiés chaque année entre 2014 et 2018. Les données individuelles des seniors atteints de Masa ont été exploitées pour calculer la moyenne annuelle des dépenses médicales dans chaque territoire de vie. Les dépenses médicales correspondent aux dépenses remboursables par l'Assurance maladie dans le SNDS : les dépenses hospitalières (médecine et chirurgie, Services de soins et de réadaptation-SSR), hospitalisation à domicile, psychiatrie) et les dépenses ambulatoires (médecine générale, infirmières libérales, kinésithérapeutes, spécialistes, médicaments, biologie...). L'offre de soins et le contexte socio-économique des territoires sont calculés à partir des données en *open source* de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Stratégie empirique

Le modèle multiniveau à effets aléatoires tient compte du fait que les territoires de vie (premier niveau d'analyse) sont regroupés au sein des départements (deuxième niveau d'analyse) :

$$\log(Y_{ij}) = \beta_{0j} + \alpha X_{ij} + \varepsilon_{ij}$$

$$\text{Où, } \beta_{0j} = \beta_0 + \gamma Z_j + \omega_j$$

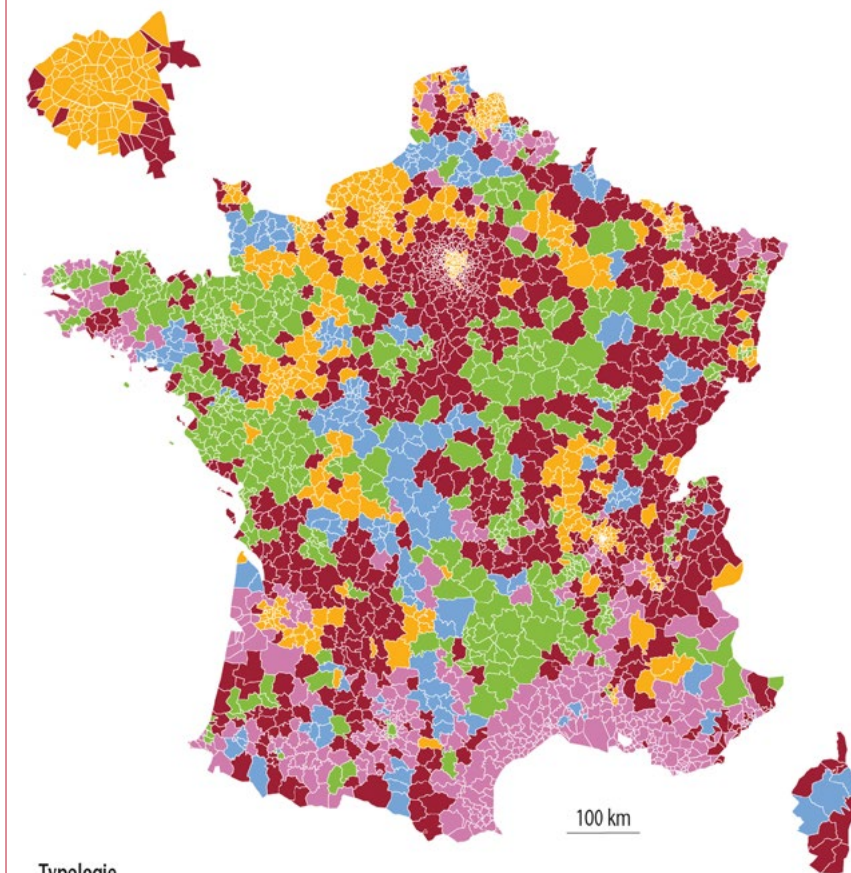
Avec *i* territoires de vie et *j* départements ; *Y* correspond aux dépenses médicales annuelles des patients ; *X* correspond aux variables mesurées au niveau du territoire de vie - l'offre médico-sociale, sexe, âge, et état de santé des personnes atteintes de démences (taux de mortalité, score de comorbidité), niveau social dans le territoire de vie (part des seniors vivant seuls, revenu médian imposable) et l'offre de soins médicaux (Accessibilité potentielle localisée-APL médecins généralistes, distance au service d'urgence le plus proche). ε_{ij} est le résidu du territoire de vie *i* dans le département *j* distribué selon une loi normale. β_{0j} correspond à l'effet aléatoire associé à chaque département. *Z* correspond aux variables mesurées au niveau des départements : niveau de financement médico-social des départements (encadré Méthode 3 p. 7), et deux variables de contrôle qui caractérisent l'offre hospitalière dans le département (nombre de lits en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en SSR). ω_j est le terme d'erreur interdépartemental permettant de prendre en compte l'hétérogénéité non observée.

C

Selon les résultats de la typologie de l'offre réalisée ici, cinq profils homogènes d'offre médico-sociale se distinguent dans les territoires de vie (carte). Les quatre premiers groupes de territoires sont des territoires de vie qui ont une bonne accessibilité à l'offre médico-sociale, avec un des offreurs de soins qui prédomine. Le premier groupe se caractérise par des territoires de vie avec une offre importante d'Ehpad où résident près de 1,4 million de personnes âgées de 75 ans et plus (soit 24 % des seniors), principalement dans l'ouest du pays (Bretagne, Pays de la Loire) et dans certaines régions plus centrales (la Bourgogne et le nord du Languedoc-Roussillon). Le second groupe, où vivent près de 25 % des seniors en France, comprend des territoires de vie qui ont une meilleure accessibilité aux résidences autonomie. Dans le troisième groupe, on retrouve la spécificité du sud et des littoraux où l'offre d'infirmières libérales est abondante, et où résident environ un million de personnes âgées de 75 ans et plus, soit 18 % des seniors. Et le quatrième groupe de territoires de vie est caractérisé par une bonne accessibilité à l'offre de Saad, où résident près de 500 000 seniors, principalement dans les régions du centre de la France. L'installation des Ehpad, des résidences autonomie et des Saad est régulée par le département, et parfois aussi par l'Agence régionale de santé (ARS), alors que les infirmières libérales bénéficient d'une plus grande liberté d'installation. Bien que des politiques de régulation récentes aient été mises en place pour favoriser une meilleure répartition de l'offre d'infirmières libérales, la densité d'infirmières reste plus importante dans le sud de la France et près du littoral (Duchaine *et al.*, 2022).

En revanche, le cinquième groupe est composé des territoires de vie pour lesquels le niveau d'offre de l'ensemble des acteurs identifiés dans la classification est inférieur à la moyenne nationale. Environ 1,5 million de personnes âgées de 75 ans et plus résident dans ces 904 territoires de vie, soit près de 25 % de cette population. Ces territoires de vie moins bien dotés en offre médico-sociale se retrouvent dans l'ensemble des départements français, mais ils sont plus présents en Ile-de-France, dans les Alpes, le Jura, en Charente-Maritime, en Dordogne ou en Alsace-Moselle.

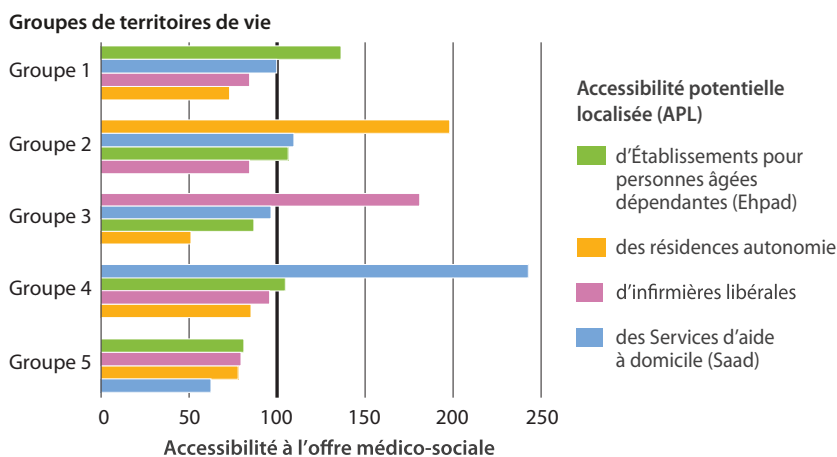
Résultats de la typologie sur l'accessibilité à l'offre médico-sociale des territoires de vie



Typologie

- **Groupe 1.** Offre importante d'Ehpad - 523 territoires
- **Groupe 2.** Offre importante de résidences autonomie - 617 territoires
- **Groupe 3.** Offre importante d'infirmières libérales - 465 territoires
- **Groupe 4.** Offre importante de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) - 210 territoires
- **Groupe 5.** Faible accessibilité à l'ensemble des prestataires - 904 territoires

Accessibilité à l'offre médico-sociale par groupe de territoires de vie (Base 100 par rapport à la moyenne nationale)



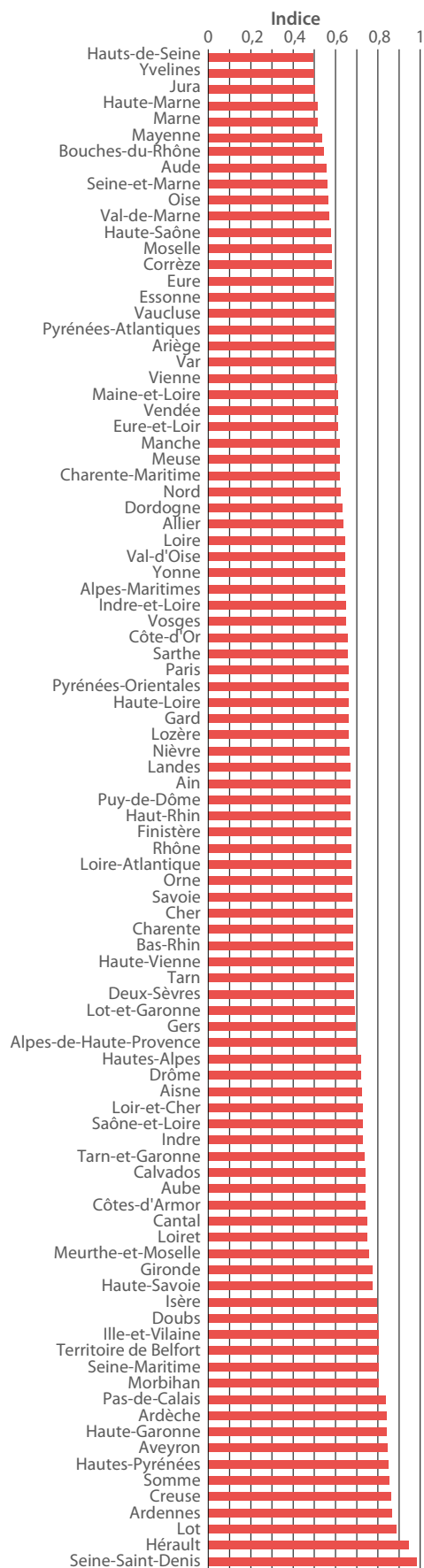
Champ : 2 708 territoires de vie en France métropolitaine.

Sources : Données d'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux structures médico-sociales et aux infirmières libérales de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

[Télécharger les données](#)

G1

Variation des dépenses d'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) par département en contrôlant les besoins médico-sociaux et les revenus des seniors



Note: Plus l'indice est proche de 1, plus les dépenses médico-sociales du département correspondent à la frontière de dépenses maximale (par rapport aux autres départements) compte tenu des besoins et de la richesse des seniors dans leur département.

Champ : 94 départements de France métropolitaine (hors Corse).

Sources : Données en accès libre de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

[Télécharger les données](#)

Des financements médico-sociaux plus ou moins « généreux » en fonction des départements

Le financement de l'Apa à domicile ou en établissement représente près de 80 % des dépenses départementales médico-sociales à destination des seniors. En principe, le niveau de financement des soins médico-sociaux dépend des besoins locaux en la matière (niveau de perte d'autonomie des seniors) et de la richesse des seniors dans le département puisque le niveau de subvention versé aux ménages varie en fonction du revenu des bénéficiaires³. S'il existe des règles nationales pour le financement de l'Apa à domicile et en établissement, les départements sont libres de pratiquer des politiques de financement (valeur du tarif horaire financé, générosité des plans d'aide, etc.) variables en fonction de leur politique et de leur richesse. Pour évaluer le niveau relatif de dépenses médico-sociales dans les départements en tenant compte des besoins médico-sociaux et de la richesse des seniors, un modèle de frontière stochastique est utilisé (encadré Méthode 3, p. 7). Ce modèle permet d'approcher le niveau de financements médico-sociaux des départements en contrôlant les différences de besoins médico-sociaux (population concernée) et les revenus. Plus l'indice estimé est proche de 1, plus les dépenses médico-sociales du département correspondent à la frontière de dépenses maximale (par rapport aux autres départements) compte tenu des besoins et de la richesse des seniors dans le département. À l'inverse, plus l'indice est proche de 0, plus le niveau des dépenses médico-sociales du département est faible (s'éloigne de la frontière) considérant les besoins de sa population et ses revenus. En moyenne, l'indice est de 0,71, il varie entre 0,51 dans les Hauts-de-Seine et 0,98 en Seine-Saint-Denis (graphique 1). Cet indice du niveau de dépenses d'Apa ainsi que la classification des territoires de vie en termes d'offre médico-sociale sont mobilisés pour étudier le lien entre les inégalités territoriales de financement et d'offre médico-sociale avec les dépenses médicales des seniors atteints de Masa.

³ La participation financière des ménages au plan d'aide de l'Apa à domicile varie de 0 %, pour les revenus inférieurs à 800 euros, à 90 %, pour les revenus supérieurs à 2 900 euros.

G2

Les dépenses de soins médicaux représentent en moyenne près de 11 000 euros par an par patient atteint de Masa

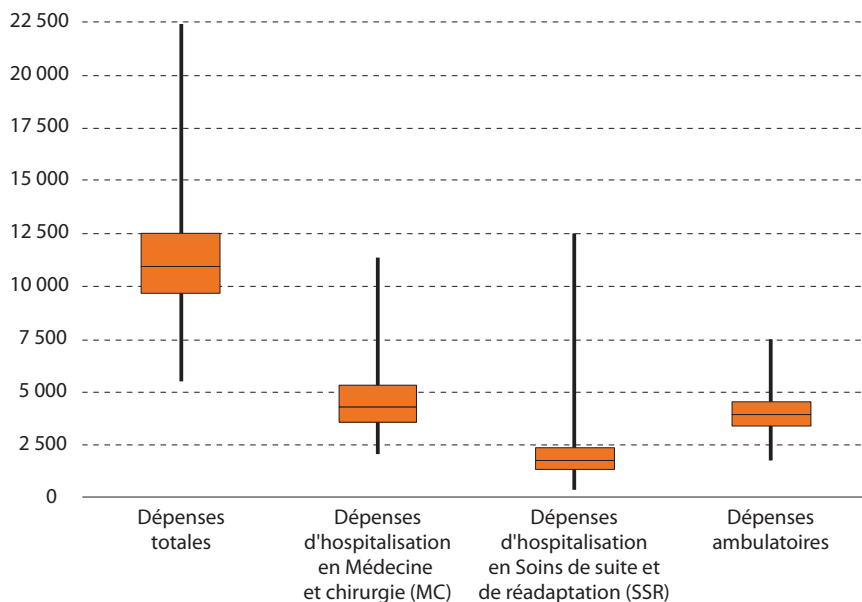
Entre 2014 et 2018, la dépense médicale moyenne des patients atteints de Masa était d'environ 11 000 euros par personne et par an dont 4 000 euros d'hospitalisation en médecine et chirurgie, 2 000 euros en Soins de suite et de réadaptation (SSR) et 4 600 euros de soins ambulatoires. Les dépenses totales varient fortement en fonction de la zone de résidence des patients, de 5 500 euros à 22 400 euros par an (graphique 2).

Ces variations territoriales de dépenses de santé des patients s'expliquent en partie par les différences d'âge, de sexe ou d'état de santé des patients atteints de Masa dans le territoire de vie (tableau de statistiques descriptives en annexe électronique⁴). De plus, les caractéristiques du territoire de vie sont également des déterminants importants des dépenses de santé, notamment le niveau

4 <https://www.irdes.fr/donnees/279-les-inegalites-territoriales-de-financement-et-d-accessibilite-des-soins-medico-sociaux.xls>

Variations de dépenses sanitaires des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) dans les territoires de vie

Dépenses médicales annuelles (en €)



Lecture : Les boîtes à moustaches montrent la distribution (variation) des dépenses de santé des personnes atteintes de Masa en fonction des territoires de vie (minimum, premier quartile, médiane, troisième quartile et maximum).

Champ : 2 708 territoires de vie en France métropolitaine (hors Corse). Personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de Masa, identifiées dans les données du Système national des données de santé (SNDS) entre 2014 et 2018.

Source : Données du SNDS.

[Télécharger les données](#)

MÉTHODE 2

Typologie d'accessibilité géographique aux soins médico-sociaux en fonction des territoires de vie

Les établissements médico-sociaux

Les **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** représentent la principale offre d'établissements médico-sociaux à accueillir des seniors en situation de perte d'autonomie en France avec environ 600 000 places en hébergement permanent en 2020 (Penneau, 2022). Il y a également environ 30 000 places en Unité de soins de longue durée (USLD) et un ensemble d'établissements non médicalisés, d'environ 120 000 places, qui ne perçoivent pas de financement de l'Assurance maladie et qui accueillent des personnes plus autonomes. Ces établissements, dont les dénominations ont changé au cours du temps, se nomment aujourd'hui les Résidences autonomes. Moins répandus, d'autres établissements médico-sociaux accueillent des seniors, les **Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** qui proposent environ 7 000 places.

Les acteurs médico-sociaux à domicile

En 2015, environ 180 000 intervenants en Equivalent temps plein (ETP) fournissaient des soins médico-sociaux au domicile de personnes âgées de plus de 60 ans (Carrère *et al.*, 2021). Ces professionnels, indépendants ou salariés d'un service médico-social, ont des niveaux de qualification divers (aides-soignantes, aides à domicile, aides ménagères, auxiliaires de vie, infirmiers, etc.). Les **services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)**, composés principalement d'auxiliaires de vie et d'aides ménagères, sont les acteurs principaux des soins personnels et sociaux à domicile. Les **infirmières libérales** réalisent également des soins personnels au domicile des seniors. Les soins personnels et de *nursing* des seniors peuvent également être assurés par les **Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)**, composés à 90 % d'aides-soignantes généralement sous la direction d'une infirmière coordinatrice (Fehap, 2014). Moins répandus, les **Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)** regroupent les Ssiad et Saad.

La typologie de l'offre médico-sociale

Pour caractériser les profils d'offre médico-sociale dans les territoires de vie, nous avons utilisé les indicateurs d'Accessibilité potentielle localisés (APL) calculés au niveau des communes, à partir de données administratives et d'enquêtes de 2015 (Carrère *et al.*, 2021). Les APL permettent de mesurer la densité de l'offre ajustée à la demande de soins. Les quatre prestataires de soins étudiés représentent la majorité de l'offre médico-sociale à domicile et en établissement en France. Deux variables mesurent l'offre en établissement : le nombre de lits dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, EHPA, USLD) situés à moins d'une heure de route pour 100 000 résidents potentiels de 60 ans ou plus, et le nombre de lits dans les résidences autonomie situées à moins de 30 minutes de route pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus. Deux variables mesurent l'offre de soins à domicile : le nombre d'employés des Saad situés à moins de 30 minutes de route pour 100 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, et le nombre d'Equivalent temps plein (ETP) d'infirmières libérales pour 100 000 habitants.

Pour définir des groupes homogènes de territoires de vie ayant une accessibilité similaire aux fournisseurs de soins médico-sociaux, une analyse en composantes principales (ACP) a été effectuée, suivie d'une Classification hiérarchique ascendante (CAH) utilisant la méthode de Ward.

Les Ssiad et Spasad ne sont pas dans la classification faute de données disponibles au niveau du territoire de vie. Toutefois, nous avons testé la robustesse de la typologie en intégrant la densité de Ssiad (nombre de places en Ssiad pour 1 000 personnes de plus de 60 ans) disponible au niveau départemental. Même si les deux classifications ne sont pas directement comparables, on trouve des profils d'offre assez similaires par département et une relation équivalente entre offre médico-sociale et dépenses de santé des patients Masa.

socio-économique du territoire, la part des seniors qui habitent seuls, la proximité d'un hôpital, et l'accessibilité des médecins généralistes dans le territoire. La modélisation multiniveau proposée permet de contrôler ces différents facteurs afin de mesurer le rôle joué par l'accessibilité de l'offre et le financement médico-social.

Les personnes atteintes de Masa qui habitent dans les territoires ayant un bon niveau d'offre et de financement médico-social ont moins de dépenses hospitalières

Toutes choses égales par ailleurs, les patients atteints de Masa ayant une bonne accessibilité aux soins médico-sociaux (groupes 1, 3 et 4 de la typologie) ont des dépenses d'hospitalisation inférieures de 3 % à 4 % par rapport à ceux résidant dans des territoires de vie ayant une faible offre médico-sociale (groupe 5 de la typologie) [tableau]. De même, les dépenses de Soins de suite et de réadaptation (SSR) sont de 7 % moins élevées en moyenne dans les territoires ayant une offre plus importante de Saad par rapport aux zones moins bien dotées en offre médico-sociale.

De plus, à offre médico-sociale équivalente, les patients résidant dans le département qui a l'indice de dépenses médico-sociales le plus élevé (département le plus « généreux »), ont en moyenne des dépenses d'hospitalisation en médecine et chirurgie 11 % moins élevées et des dépenses de SSR inférieures de 35 % par rapport aux patients résidant dans le département le moins « généreux ».

Les soins primaires et médico-sociaux sont complémentaires

Malgré des dépenses d'hospitalisation moins élevées dans les territoires les mieux dotés en offre et financements médico-sociaux, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les dépenses totales de santé entre ces territoires, car la moindre dépense hospitalière est compensée par des dépenses ambulatoires plus élevées (infirmiers, médecins généralistes, kinésithérapeutes, etc.). Ainsi, les patients vivant dans les territoires de vie ayant une

T

Déterminants des variations territoriales des dépenses de santé des patients atteints de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa) : résultats du modèle multiniveau

	Dépenses de santé totales (en log)	Dépenses hospitalières (en log)		Dépenses ambulatoires (en log)
		Médecine et chirurgie (MC)	Services de soins et de réadaptation (SSR)	
Variables au niveau du territoire de vie (niveau 1)				
Constante	9,724 *** (0,203)	8,799 *** (0,260)	7,329 *** (0,579)	7,614 *** (0,274)
Âge moyen des patients Masa	-0,014 *** (0,002)	-0,007 ** (0,003)	-0,0004 (0,007)	-0,014 *** (0,003)
Proportion de femmes des patients Masa (en %)	-0,002 *** (0,0005)	-0,005 *** (0,0006)	-0,002 * (0,001)	0,0003 (0,0006)
Taux de décès annuel des patients Masa (en %)	0,003 *** (0,001)	0,012 *** (0,001)	-0,005 * (0,003)	0,001 (0,001)
Score de comorbidité moyen des patients Masa (en excluant la Masa)	0,513 *** (0,019)	0,462 *** (0,025)	0,717 *** (0,055)	0,498 *** (0,025)
Revenu imposable moyen dans le territoire (en log)	-0,014 (0,012)	-0,137 *** (0,016)	-0,164 *** (0,034)	0,172 *** (0,016)
Proportion de seniors de plus de 75 ans dans un ménage seul (en %)	0,003 *** (0,0005)	0,003 *** (0,0006)	0,005 *** (0,001)	0,004 *** (0,0006)
Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes pour 100 000 habitants	0,0003 *** (0,0001)	-0,0002 (0,0002)	-0,0003 (0,0004)	0,0010 *** (0,0002)
Distance au service d'urgence le plus proche (en minutes)	-0,001 *** (0,0002)	-0,001 ** (0,0003)	-0,0005 (0,0007)	-0,001 *** (0,0003)
Typologie d'accessibilité à l'offre médico-sociale (réf. : Groupe 5 : faible accès à l'ensemble des prestataires)				
Groupe 1 : Offre importante d'Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)	-0,029 *** (0,007)	-0,033 *** (0,009)	-0,024 (0,019)	-0,039 *** (0,009)
Groupe 2 : Offre importante de résidences autonomie	0,006 (0,007)	-0,007 (0,009)	-0,027 (0,019)	0,018 ** (0,009)
Groupe 3 : Offre importante d'infirmières libérales	0,040 *** (0,008)	-0,026 ** (0,010)	-0,029 (0,022)	0,105 *** (0,010)
Groupe 4 : Offre importante de Services d'aide à domicile (Saad)	-0,012 (0,009)	-0,038 *** (0,012)	-0,068 *** (0,026)	0,019 * (0,012)
Variables au niveau du département (niveau 2)				
Nombre de lits en Médecine et chirurgie pour 1 000 habitants	0,001 (0,012)	0,010 (0,014)	-0,028 (0,035)	0,0130 (0,024)
Nombre de lits en Services de soins et de réadaptation (SSR) [pour 1 000 habitants]	0,038 (0,026)	0,020 (0,031)	0,174 ** (0,075)	-0,006 (0,053)
Indice de niveau de dépenses d'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) relatif aux besoins de soins et à la richesse du département (1)	-0,022 (0,048)	-0,111 ** (0,056)	-0,355 ** (0,138)	0,175 * (0,097)
*, **, *** significativité des résultats à 10 %, 5 %, et 1 % ; Écarts types entre parenthèses. (1) Indice normalisé (Min-Max normalisation). Champ : 2 708 territoires de vie et 94 départements en France métropolitaine (hors Corse). Personnes âgées de plus de 60 ans atteintes de Masa, identifiées dans les données du Système national des données de santé (SNDS) entre 2014 et 2018. Sources : Données du SNDS, de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).				
📄 Télécharger les données				

bonne accessibilité aux résidences autonomie (groupe 2) ou aux Saad (groupe 4) ont des dépenses ambulatoires plus élevées de 2 % et les territoires de vie avec une bonne accessibilité aux infirmières libérales de 10 % par rapport aux territoires moins dotés en offre médico-sociale. En revanche, dans les territoires de vie ayant une bonne accessibilité aux Ehpad, les dépenses ambulatoires des patients sont plus faibles, de 4 % par rapport aux territoires moins bien dotés. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'une partie des dépenses ambulatoires des résidents en Ehpad peut être versée par l'Assurance maladie directement aux Ehpad (forfaits soins ou établissement avec une pharmacie à usage interne, par exemple) et n'est donc pas discernable dans nos données. Enfin, à profil d'offre médico-sociale équivalente, les patients résidant dans les départements dont les financements médico-sociaux sont les plus « généreux » ont en moyenne des dépenses ambulatoires supérieures de 17 % par rapport aux départements les moins « généreux ». Ces résultats semblent suggérer qu'une meilleure accessibilité des soins médico-sociaux s'accompagne d'un recours aux soins médicaux en ville plus important.

Les inégalités de financement et d'offre médico-sociale impactent l'efficacité du secteur médical

Dans l'ensemble, cette analyse montre les conséquences des inégalités en matière d'offre médico-sociale sur l'efficacité allocative du système de santé. Le concept d'efficacité allocative fait référence à l'allocation optimale des ressources de manière à maximiser les résultats (l'état de santé, la qualité de prise en charge...), mais aussi à la capacité de répondre à la demande (préférences) de la société pour un niveau de ressource donné (Papanicolas et Smith, 2013). Concernant la prise en charge des seniors, il existe un consensus international sur les conséquences négatives de l'hospitalisation en tant que source de stress, d'infections et de désorientation pouvant conduire à une détérioration de l'état de santé des patients tant cognitive que physique (Aminzadeh et Dalziel, 2002 ; Boyd *et al.*, 2008). Ainsi, des soins dispensés dans un environnement connu de la personne (à domicile, en établissement médico-social, etc.) sont pré-

férables à un séjour à l'hôpital. Dans ce contexte, les soins hospitaliers évitables représentent un coût d'opportunité élevé (une perte importante de bénéfices en termes de ressources et de qualité de vie par rapport aux soins ambulatoires). Par conséquent, la réduction des inégalités géographiques en matière de soins médico-sociaux pourrait permettre d'accroître l'efficacité du système, non seulement en réduisant les dépenses hospitalières mais aussi en améliorant la qualité de vie des patients âgés.

La décentralisation et la fragmentation des financements : des sources d'inégalité ?

En France, la gestion des ressources médico-sociales est partagée entre l'Assurance maladie et les départements. La littérature théorique et empirique sur l'impact de la décentralisation sur l'efficacité et l'équité du système de santé est contrastée (Arends, 2020). Depuis de nombreuses années, les politiques publiques visent à améliorer l'équité de la répartition du financement des soins médico-sociaux tout en maintenant le pouvoir des départements en matière de politique médico-sociale. Par exemple,

concernant les Ehpad, la réforme du financement en 2017 a introduit une formule tarifaire nationale pour passer d'un financement rétrospectif à un financement départemental prospectif considéré comme plus efficace et équitable. Si cette réforme a permis d'harmoniser les financements entre les établissements d'un même département, elle n'a pas réduit les disparités de financement entre les départements⁵.

Par ailleurs, la fragmentation des financements entre l'Assurance maladie et les départements peut être une source d'inégalité et d'inefficacité. A domicile, différents types d'acteurs (Saad, Ssiad, infirmières libérales, etc.) peuvent réaliser des soins équivalents tels que les soins personnels (toilettes, habillage) avec des modalités de financement, d'organisation, de reste à charge très différents⁶

5 La valeur du point Gir départemental qui définit le montant versé aux Ehpad (forfait dépendance) diffère d'un département à l'autre (CNSA, 2022).

6 Les Ssiad sont entièrement financés par l'Assurance maladie, sans reste à charge pour les seniors. Les soins d'infirmières libérales sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie lorsque le senior bénéficie du dispositif Affections de longue durée (ALD) et à 60 % sinon. Tandis que les soins réalisés par les Saad ou les intervenants libéraux agréés peuvent être financés par l'Apa, le reste à charge des seniors dépendra donc de son éligibilité au dispositif et des politiques départementales.

MÉTHODE 3

Estimer la « générosité » du financement médico-social

Les financements médico-sociaux correspondent aux dépenses moyennes d'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) des départements entre 2014 et 2017 par personne âgée de 60 ans et plus, mises à disposition par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, des statistiques (Drees). Le besoin en soins médico-sociaux au domicile est un indicateur calculé par la Drees à partir de l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) de 2015. Les seniors ayant un score VQS supérieur à 30 sont identifiés comme étant des personnes en situation de perte d'autonomie. L'avantage de cet indicateur en comparaison des indicateurs administratifs comme le Gir (Groupe Iso Ressource) est qu'il n'est pas lié à l'évaluation de la dépendance de la personne dans le cadre d'une demande d'Apa. La part de seniors en institution dans le territoire a également été prise en compte. Le niveau de richesse des seniors est mesuré par le revenu médian des personnes âgées de 75 ans et plus dans les départements (entre 2014 et 2017) à partir des données l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Pour comparer le niveau de dépenses d'Apa, ajusté par le niveau de perte d'autonomie et le revenu des seniors des départements, un modèle de frontière stochastique (SF), i.e. une

fonction de production avec effets aléatoires et distribution normale-exponentielle, a été estimé (Greene, 2005). La frontière correspond au niveau maximal de dépenses d'Apa observé en contrôlant les besoins de soins médico-sociaux et la richesse des seniors. Le score d'efficacité technique estimé pour chaque département correspond à l'écart entre le niveau de dépense médico-sociale observé^a et la frontière de dépense maximale. Plus l'indice est proche de zéro plus le département s'éloigne de la frontière (dépense moins que ce qu'on attend étant donné les caractéristiques des seniors dans le département).

Les résultats du modèle stochastique montrent que les dépenses d'Apa augmentent avec les besoins de soins médico-sociaux et baissent avec le niveau de richesse des seniors dans le département. Une augmentation de 10 % des besoins représente une hausse de 6 % des dépenses d'Apa. En revanche, une augmentation de 10 % des revenus des seniors du département correspond à une baisse de 3 % des dépenses d'Apa.

^a Contrôlé du niveau de perte d'autonomie et du revenu des seniors dans le département.

pour les seniors. Ces différences sont à la fois source d'inefficience (la qualité et le coût de prise en charge pouvant être très variés) et d'importantes inégalités en fonction de l'offre accessible localement. Un décret de fin 2021 a toutefois annoncé une réforme majeure visant à remplacer les structures existantes (Saad, Ssiad et Spasad) par un unique modèle de Service d'aide à domicile (Sad), avec pour objectif d'uniformiser les modalités de financement et d'organisation dans le secteur.

Réduire les inégalités d'accès aux soins médico-sociaux

Pour tous les services (Ehpad, résidences autonomie, infirmières libérales, Saad), un Français de plus de 75 ans sur quatre vit dans un territoire mal desservi par les prestataires de soins médico-sociaux. La régulation de l'offre médico-sociale dans les territoires relève de la responsabilité des départements. Cependant, on sait peu de choses sur les règles de décision et les disparités de politiques de régulation de l'offre en fonction des départements. Les inégalités géographiques en matière de prestataires de soins primaires sont mieux connues et plusieurs politiques ont été introduites pour encourager l'installation dans les zones moins bien dotées, même si l'impact de ces politiques incitatives a été limité jusqu'à présent (Duchaine *et al.*, 2022). Les résultats de cette étude suggèrent que les différents prestataires de soins primaires et médico-sociaux, complémentaires, peuvent éviter les hospitalisations. Ainsi, l'intégration des politiques de régulation de l'offre médicale et médico-sociale peut contribuer à réduire les inégalités locales d'accès aux soins et à améliorer la qualité de prise en charge pour les seniors.

Dans l'ensemble, cette étude confirme la forte interdépendance entre les secteurs des soins primaires, médico-sociaux et hospitaliers, de même que la nécessité d'évaluer l'efficacité relative des différents modèles de soins, de réduire les inégalités sociales et économiques dans l'accès aux soins médico-sociaux afin d'améliorer l'efficacité du système de santé et d'assurer sa soutenabilité. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aminzadeh F., Dalziel W.B. (2002). "Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions". *Annals of Emergency Medicine* 39, 238–247. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523>
- Arends H. (2020). "The Dangers of Fiscal Decentralization and Public Service Delivery: A Review of Arguments". *Polit Vierteljahresschr* 61, 599–622. <https://doi.org/10.1007/s11615-020-00233-7>
- Berard A., Gervès C., Fontaine R., Aquino J.P., Plisson M. (2015). « Combien coûte la maladie d'Alzheimer. Rapport d'étude ». Fondation Méderic Alzheimer. Septembre, n° 9.
- Boyd C.M., Landefeld C.S., Counsell S.R., Palmer R.M., Fortinsky R.H., Kresevic D., Burant C., Covinsky K.E. (2008). "Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness: Functional Recovery After Hospitalization". *Journal of the American Geriatrics Society* 56, 2171–2179. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02023.x>
- Carrère A., Couvert N., Missègue N. (2021). « Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées ». Drees, *Les Dossiers de la Drees*, n° 88.
- Cnam (2020). *Méthodologie médicale de la cartographie des pathologies et des dépenses, version G7 (années 2012 à 2018)*.
- CNSA (2022). « Les soins en Ehpad : Aggir-Pathos. Publié le : 17 janvier 2019-Mis à jour le : 15 novembre 2022 ». <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/organisation-de-loffre/les-soins-en-ehpad-aggir-pathos>
- Duchaine F., Chevillard G., Mousquès J. (2022). « L'impact du zonage conventionnel sur la répartition territoriale des infirmières et infirmiers libéraux en France ». *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*. Décembre, p. 747-777. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-regionale-et-urbaine-2022-5.htm>
- Gaughan J., Gravelle H., Siciliani L. (2015). "Testing the Bed-blocking Hypothesis: Does Nursing and Care Home Supply Reduce Delayed Hospital Discharges?". *Health Econ.* 24, 32–44. <https://doi.org/10.1002/hec.3150>
- Greene W. (2005). "Reconsidering Heterogeneity in Panel Data Estimators of the Stochastic Frontier Model". *Journal of Econometrics* 126, 269–303. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2004.05.003>
- Jondrow J., Knox Lovell C.A., Materov I.S., Schmidt P. (1982). "On the Estimation of Technical Inefficiency in the Stochastic Frontier Production Function Model". *Journal of Econometrics* 19, 233–238. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(82\)90004-5](https://doi.org/10.1016/0304-4076(82)90004-5)
- Papanicolas I., Smith P.C. (2013). *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. European observatory on health systems and policies series. WHO regional office for Europe, Copenhagen.
- Penneau A. (2022). « Investir dans le secteur médico-social pour améliorer l'efficacité des soins des seniors ». Thèse de doctorat de sciences économiques. Université Paris-Dauphine - PSL.
- Ramos-Gorand M. (2020). « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées ». Dossiers de la Drees, n° 51, mars.
- Tuppin P., Rudant J., Constantinou P., Gastaldi-Ménager C., Rachas A., de Roquefeuil L., Maura G., Caillol H., Tajahmady A., Coste J., Gissot C., Weill A., Fagot-Campagna A. (2017). "Value of a National Administrative Database to Guide Public Decisions: From the Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the Système National des Données de Santé (SNDS) in France". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 65, 4:5149-5167. doi: 10.1016/j.respe.2017.05.004. Epub 2017 Jul 27. PMID: 28756037