

CUMUL DES INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES D'ACCÈS AUX SOINS

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

En France, en 1995 la dépense de soins et biens médicaux² s'est élevée à 13 400 francs par personne : 43 % de cette dépense est entraînée par des hospitalisations, 26 % par des soins de médecin ou de dentiste et 16 % par des produits pharmaceutiques, les 15 % restants correspondant aux analyses, transports des malades, prothèses, cures ...

Cette dépense est bien évidemment très inégalement répartie dans la population, entre 5 et 10 % des personnes, selon les sources n'ont aucune consommation médicale en un an, à l'inverse, une journée dans un service de spécialité dite très coûteuse d'un CHU est de l'ordre de plusieurs milliers de francs avec des coûts de séjour de plusieurs dizaines de milliers de francs.

Cette dispersion des dépenses n'est pas synonyme d'inégalité dans le domaine médical, dans la mesure où l'égalité fait plutôt référence une notion d'égal accès aux soins en cas d'égal "besoin", des soins égaux pour tous qui n'ayant aucun sens sans faire référence à l'état de santé.

Le modèle implicite des dépenses médicales est que chaque personne soit soignée selon ses "besoins", c'est à dire que les personnes malades bénéficient des traitements et examens les plus efficaces compte tenu de leur état de santé, des connaissances et des techniques médicales existantes et que chacun puisse bénéficier de mesures adéquates de détection précoce et de prévention des maladies.

On ne sait pas actuellement mesurer les "besoins" (et les dépenses médicales nécessaires) et on ne connaît pas de méthode permettant de le faire. Les problèmes d'accès aux soins ne peuvent donc être posés que de manière indirecte, en comparant par exemple les dépenses médicales de populations dont les besoins sont supposés assez proches.

Globalement, la consommation médicale dépend de trois grands groupes de facteurs : la morbidité, cause et effet des soins médicaux ; les facteurs démographiques (âge et sexe) peuvent être liés à ce premier groupe, puisque l'état de santé en dépend directement. Les variables socio-économiques, niveau d'instruction, couverture sociale, revenus, cadre professionnel (activité, profession, ...) et familial (taille, type de ménage, catégorie sociale, ...). L'offre de soins : prix et réglementation, densités de médecins et environnement géographique.

Au cours du temps, c'est le développement de l'offre de soins, des connaissances et des techniques médicales, soutenu par l'accroissement de la richesse nationale et de la protection sociale, qui a entraîné l'évolution des dépenses médicales. Aujourd'hui, l'âge et la morbidité « expliquent³ » la plus grande partie des différences de consommation médicale entre les personnes ; les différences entre groupes socio-économiques, une fois éliminé l'effet de la morbidité et de la démographie, peut être considéré comme une mesure des inégalités d'accès aux soins.

A âge égal ou à morbidité égale, les groupes favorisés se soignent un peu plus mais surtout de

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

² La dépense médicale intègre l'ensemble des services et biens médicaux dispensés ou acquis par la personne quels que soient le ou les payeurs, Assurance Maladie, patient, Mutuelle, assurance privée, collectivité locale etc.. Cette dépense peut être considérée comme une mesure de la consommation médicale.

³ Au sens statistique du terme

manière différente. Outre la morbidité, l'âge et le sexe, les facteurs qui influent sur les consommations médicales sont liés aux caractères socio-économiques : niveau d'instruction, couverture sociale, revenus, cadre professionnel (activité, profession, etc.) et familial (taille, type de ménage, catégorie sociale, etc.) et à l'offre de soins : prix, conditions locales et environnement géographique.

D'une manière générale les groupes les plus favorisés, font plus souvent appel aux soins de ville et parmi ces derniers aux soins les plus techniques et les plus spécialisés alors que les groupes les moins favorisés ont plus souvent recours à l'hospitalisation.

Les consommations de soins de médecin en nombre de séances par personne, c'est à dire en terme de fréquence de recours au corps médical pendant une période donnée, varient peu selon les principaux facteurs socio-économiques : les groupes les moins favorisés, personnes sans couverture complémentaire, ménages d'ouvriers, faible niveau d'études font moins souvent appel aux spécialistes et compensent par un recours plus fréquent aux généralistes, les couches moyennes cumulant en quelque sorte ces deux modes de recours au médecin ont la consommation la plus élevée.

Les séances de spécialiste représentent des parts très différentes en nombre de séances de médecin, xxx % pour les ménages de manoeuvres et d'ouvriers spécialisés et xxx % pour ceux de cadres supérieurs, ce qui entraîne des différences plus fortes en terme de dépenses qu'en termes de recours, le prix moyen des séances de spécialiste étant environ deux fois plus élevé que celui des séances de généraliste. Les soins dentaires varient sensiblement comme ceux de spécialistes.

L'ensemble des soins de ville varie de manière parallèle aux soins de médecin, par contre l'hospitalisation varie pratiquement en sens inverse et s'oppose en quelque sorte aux soins de spécialiste ; les groupes les moins favorisés sont plus souvent hospitalisés et pour plus longtemps.

L'ensemble des variables socio-économiques sont fortement liées les unes aux autres ; les cadres supérieurs et leurs familles, sont à la fois ceux qui, en moyenne ont les revenus les plus hauts, bénéficient le plus souvent d'une couverture complémentaire, dont le niveau d'instruction est le plus élevé, habitent à proximité des spécialistes, etc..

A l'inverse les groupes les plus défavorisés cumulent les obstacles à l'accès aux soins, économiques, culturels et géographiques.

Les disparités entre groupes sociaux ont diminué entre 1960 et 1980 puis semblent augmenter à nouveau. Depuis 1980, on observe un double retournement de tendance en ce qui concerne la médecine de ville : la part des dépenses médicales remboursée par la Sécurité sociale a amorcé une baisse en même temps que les disparités entre groupes sociaux ne diminuent plus et semblent même avoir augmenté.

Outre les facteurs liés à la morbidité, nombre et nature des affections, âge, incapacité etc... les consommations médicales dépendent à un moment donné des caractéristiques socio-économiques des personnes entraînant des disparités plus ou moins importantes dans l'accès aux soins.

Le niveau d'analyse retenue pour l'analyse de la consommation médicale est donc déterminant : une disparité dans la consommation d'un type de soins pouvant selon les cas être compensée ou aggravée par la consommation ou l'absence de consommation d'un autre type de soins. Le recours à l'hospitalisation dans certains cas se substitue aux soins de ville alors que dans d'autres cas il en est un complément, de même un recours plus fréquent aux généralistes peut compenser en partie un faible recours aux spécialistes.

Compte tenu des sources disponibles⁴ l'analyse porte sur les personnes protégées par le régime général ou un régime rattaché.

En 1970 les personnes sans couverture complémentaire consommaient 17 % de moins de séances de médecin que celles bénéficiant d'une couverture complémentaire, autant en 1980 et 31 % de moins dans la période la plus récente ; en terme relatif l'écart s'est réduit entre 1970 et 1980 pour disparaître en 1980 et a fortement augmenté ensuite.

Le groupe faible consommateur, ici les personnes sans couverture complémentaire, comprenait 36 % des personnes protégées par le régime général en 1970 et 15 % en 1988-91. Un écart absolu (étendue) ou relatif important n'a pas la même signification si il concerne 1 % ou la moitié de la population : pour intégrer cette dimension d'évolution des structures de la population et ne pas masquer le phénomène de disparité par des changements de niveau on utilisera le coefficient de variation inter-groupe pondéré par les effectifs, qui présente l'avantage d'intégrer à la fois les différences de niveau de consommation entre les groupes et l'importance numérique de chacun des groupes.

Dans le long terme la disparité peut diminuer par la seule réduction des effectifs des groupes les moins consommateurs. (si l'écart relatif entre le nombre de séances de médecin des personnes sans ou avec couverture complémentaire était le même que celui observé en 1988-91 mais que la répartition de la population selon la couverture complémentaire était restée celle de 1970, le coefficient de variation aurait été en 1990 de 0,165 au lieu de 0,114).

Malgré la diminution de disparité due à l'extension de la couverture complémentaire la disparité de consommation de soins de médecins est plus importante en 1988-91 qu'en 1970 et à fortiori qu'en 1980.

Le nombre de séances de soins médecins est un indicateur de la consommation de soins de médecins qui ne tient compte ni de la répartition entre spécialiste et généraliste, ni du contenu plus ou moins technique de la séance. Or la répartition entre soins de généralistes et de spécialistes a été fortement modifiée entre 1970 et 1988-91.

En 1970, les personnes sans couverture complémentaire, étaient plus faibles consommatrices aussi bien de séances de généralistes que de séances de spécialistes.

En 1980 le tendance s'est inversée pour les séances de généralistes dont la consommation en nombre de séances par personne était moins élevée pour les personnes avec couverture complémentaire que pour celles sans couverture complémentaire. Cet écart compensant en partie la différence inverse observée pour les soins de spécialistes.

En 1988-91, les personnes sans couverture complémentaire sont de nouveau plus faibles consommatrices aussi bien de séances de spécialistes que de généralistes.

Les séances de médecin moins fréquentes pour les personnes appartenant à des ménages nombreux. Dans toutes les enquêtes auprès des ménages sur les consommations médicales les personnes appartenant à des ménages nombreux ont les plus faibles consommations et ce, depuis 1960, que les données soient brutes ou redressées pour éliminer l'influence des différences de structure par âge.

Parallèlement à la permanence de cette baisse de recours au médecin quand la taille du ménage

⁴ *enquêtes nationales INSEE-CREDES de 1970 et 1980 sur la santé et les soins médicaux et enquêtes CREDES de 1988 à 1991 sur la santé et la protection sociale*

augmente, les caractéristiques des ménages nombreux se sont modifiées et leur nombre a diminué. Les personnes appartenant à des ménages de 7 personnes et plus représentaient 13,7 % en 1970, 6 % en 1980 et 3,6 % en 1988-91⁵.

Non seulement les disparités ont augmenté mais Dans un contexte général de forte croissance de la consommation médicale, on constate une diminution entre 1980 et 1988-91 du nombre de séances de médecin par personne dans les ménages de 6 personnes et plus.

Entre 1980 et 1988-91, on assiste à un retournement de tendance : Les indicateurs de disparité du nombre de séances de médecin selon la taille du ménage ont tous diminué entre 1970 et 1980 et tous progressé entre 1980 et 1988-91.

Pour comparer les familles entre elles et limiter les effets très spécifiques des ménages de 1 ou 2 personnes composés presque exclusivement d'adultes soit âgés soit jeunes, les disparités ont été estimées sur les personnes appartenant à des ménages de 3 personnes et plus ; les disparités se sont maintenues ou ont légèrement diminué entre 1970 et 1980, elles ont augmenté entre 1980 et 1988-91.

Cette diminution est entraînée par celle du nombre de séances de généralistes, qui est passé pour les personnes appartenant à des ménages de 6 personnes et plus de 2,5 séances par personne et par an en 1980 à moins de 2 en 1988-91 alors que le nombre de séances de spécialistes a légèrement augmenté.

La baisse du nombre de séances de généraliste pour les ménages nombreux a été entraînée par celle des séances de généraliste au domicile du patient.

Cette diminution du nombre de séances de généraliste au domicile du patient a été souhaitée tant par l'Assurance maladie qui a conduit plusieurs campagnes sur ce thème et fait relativement peu progresser la valeur du V⁶ que par les médecins eux-mêmes, sans que personne n'ait pu maîtriser sur qui porterait cette réduction et les conséquences qu'elle aurait. Or si la diminution du nombre de séances de généralistes au domicile a eu lieu quelque soit le nombre de personnes du ménage alors que les personnes appartenant aux ménages peu nombreux ont compensé cette diminution des séances à domicile par une augmentation plus rapide des séances de généralistes dans un local professionnel, ce n'est pas le cas des ménages les plus nombreux, 6 personnes et plus, dont la consommation de soins de généralistes semble avoir baissé pendant cette.

La réduction du nombre de séances de généralistes au domicile du patient s'est accompagnée d'une augmentation continue des disparités selon la taille du ménage alors que pour les séances de généraliste au cabinet les disparités en 1988-91 sont sensiblement les mêmes qu'en 1970.

Après avoir diminué entre 1970 et 1980 les disparités du nombre de séances de spécialistes par taille de ménage ont augmenté entre 1980 et 1988-91.

L'accumulation de situations sociales et/ou médicales défavorables peut présenter un risque de désinsertion. L'objet de ce travail est d'analyser ces cumuls en vue de définir des indicateurs sociaux et/ou médicaux permettant de signaler les situations susceptibles d'entraîner une exclusion

⁵ ces pourcentages sont compatibles avec ceux issus des recensements, 17,2 % de personnes vivaient dans des ménages de 6 personnes et plus en 1975, 11,7 % en 1982 et 8,5 % en 1990 ; les mêmes pourcentages issus des enquêtes sont de 23,5 % en 1970, 12 % en 1980 et 8,1 % en 1988-91.

⁶ entre 1970 et 1980 le tarif du V a augmenté de %, celui du C de et celui du CS de . Entre 1980 et 1990 le tarif du V a augmenté de , celui du C de % et celui du CS de %.

sociale.

L'étude porte sur 12 649 adultes de 16 à 59 ans observés au cours de l'enquête nationale sur la santé et les soins médicaux de 1991-92.

La Précarité sociale

On définit **un score de précarité sociale** tenant compte simultanément des situations individuelle et familiale et reposant sur 7 variables : la situation au regard de l'emploi, de la scolarité ou des diplômes, la nationalité, la couverture maladie, la taille du ménage, le revenu.

La précarité est maximum pour les jeunes adultes, puis elle décroît et recommence à augmenter à partir de 45-49 ans. Elle est sensiblement identique pour les hommes et pour les femmes. Les veufs et les divorcés sont davantage en situation précaire que les célibataires qui le sont eux-mêmes plus que les personnes mariées. Les conjoints ont en moyenne le même score de précarité que les personnes de référence, alors que les enfants de plus de 16 ans accusent une plus grande précarité.

Les différences de précarité sociale sont très accentuées selon la profession et suivent l'échelle sociale : le plus grand taux de personnes en situation de précarité se trouve parmi les ouvriers, puis les employés, les professions intermédiaires et les cadres supérieurs. Les exploitants agricoles et les indépendants se situent entre les employés et les professions intermédiaires. Ces différences sont encore plus fortes si on utilise une nomenclature plus fine des professions et l'on voit se dessiner une échelle sociale de précarité croissante où les groupes « ouvrier » et « employé » s'interpénètrent : employé de bureau, ouvrier qualifié, employé de commerce ou de service, ouvriers non qualifiés.

Les personnes inscrites à l'aide médicale ainsi que les personnes handicapées sont en situation de forte précarité, les personnes sans couverture complémentaire sont également en situation de précarité mais dans une moindre mesure.

Plus une personne est socialement en situation précaire, plus forte est la probabilité que les autres membres de son ménage le soient aussi.

Les familles monoparentales sont très souvent en situation précaire sur le plan social, surtout lorsque le parent unique est une femme.

On observe une relation forte entre précarité sociale et vulnérabilité médicale (maladies multiples, graves ou handicapante, et/ou donnant lieu à aide ou pension, handicap avéré), et les personnes en situation de précarité sociale sont deux fois plus souvent vulnérables médicalement que les autres ; de même, les personnes médicalement vulnérables sont deux fois plus souvent en situation de précarité sociale que les autres. L'intensité de la liaison entre précarité sociale et vulnérabilité médicale est par contre maximum pour les jeunes entre 20 et 34 ans.

On appelle bi-vulnérables les personnes cumulant les deux types de risque, social et médical (1,5 % des personnes de 16 à 59 ans)⁷. Les familles monoparentales présentent un fort taux de bi-vulnérabilité, ainsi que celles dont la personne de référence est « employé de commerce ou de

⁷ *Ce pourcentage est sous-estimé du fait de la difficulté d'enquêter les ménages les plus vulnérables ou les plus marginalisés.*

service » (5,5 %) ou « ouvrier non qualifié » (4,9 %).

Le cumul des handicaps est particulièrement fréquent dans les ménages d'une seule personne, les taux diminuant lorsque la taille du ménage augmente.

On met ainsi en évidence la très forte composante familiale de la précarité sociale et la proximité entre précarité sociale et vulnérabilité médicale.

Bien que, d'une manière générale, leur état de santé soit moins bon, les personnes en situation sociale précaire ont une dépense médicale inférieure d'environ 8 % à celle des autres personnes de même âge. Toutefois, leur dépense d'hospitalisation est supérieure de 27 % alors que leurs dépenses de soins de ville (soins de médecins, dentistes, auxiliaires, biologie, pharmacie et appareils) sont inférieures de 27 % (*cf. figure 5*).

La structure des soins et par suite de la dépense est fort différente dans les deux populations : l'hospitalisation représente la moitié (47 %) de la dépense médicale des personnes socialement précaires, mais seulement le tiers (34 %) pour les autres personnes.

La moindre dépense médicale globale des personnes socialement précaires (- 8 %) est encore plus importante si on les ventile selon leur vulnérabilité médicale : l'écart entre les personnes socialement précaires et les autres est encore plus important pour les personnes médicalement vulnérables (-12 %) et il atteint -38 % pour les personnes non médicalement vulnérables, dont la sous consommation est vraiment importante. Dans les deux cas, l'hospitalisation réduit les écarts, l'hôpital contribuant à réduire la sous consommation de soins médicaux des personnes socialement précaires, et cela davantage lorsqu'elles sont gravement malades. Le moindre recours aux soins et à la prévention des personnes en situation sociale précaire risque d'aggraver leurs difficultés sociales par les conséquences négatives sur leur état de santé. La moindre consommation de soins de ville peut en effet entraîner des retards au diagnostic et/ou à la prise en charge thérapeutique, imposant ultérieurement une hospitalisation

Qu'en est-il des personnes sans abri, les plus démunies, occupant en quelque sorte une position extrême sur l'échelle sociale ? Nous avons pu disposer de données recueillies auprès d'un échantillon de 589 personnes sans abri de la Région parisienne. Parmi elles 34 % sont titulaires de la carte Paris santé ou inscrites à l'aide médicale, 14 % sont exonérées du ticket modérateur, ce qui indique une population ayant un fort taux de maladies longues et coûteuses (la proportion d'un échantillon de parisiens de structure d'âge et sexe comparable est de 7 %). Il est difficile, à partir des seules données de morbidité disponibles, de porter un jugement sur l'état de santé des personnes démunies : certaines pathologies semblent moins fréquentes qu'en population générale, peut-être du fait de la méthode de recueil, moins orientée sur la santé que les enquêtes spécifiques ; les problèmes psychiatriques, les troubles locomoteurs et les maladies de l'appareil respiratoire sont par contre massivement présents. Surtout, l'hospitalisation est considérablement plus importante dans ce groupe que dans le reste de la population (2 à 4 fois plus), ce qui peut laisser penser que les personnes sans domicile sont plus exposées aux maladies et aux accidents ; par contre, aux aléas d'observation près, population démunie et population générale semblent avoir un même taux de recours aux soins de médecin en pratique ambulatoire (en est-il de même pour les examens complémentaires, biologie ou imagerie ?). Etant donnée leur état de santé relativement dégradé, il semble qu'on puisse conclure, à une sous consommation de soins de ville à morbidité égale.

Cet très fort taux d'hospitalisation, associé à un niveau de soins de ville place cette population dans le prolongement des groupes sociaux, dont on a vu que la part de l'hospitalisation augmente lorsque le niveau social se dégrade.

3. BIBLIOGRAPHIE

Wresinski J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris : Journal officiel, 1987.

Grawitz M., Lexique des sciences sociales, Paris : Dalloz, 1991.

i *L'élimination des effets dus aux structures par âge et sexe ne modifie pratiquement pas les effets de la précarité sociale sur les dépenses médicales.*