

## Cumul des inégalités socio-économiques d'accès aux soins

Andrée MIZRAHI<sup>1</sup> et Arié MIZRAHI<sup>1</sup>

*(Travail effectué en 1977 au CREDES, actuellement IRDES)*

### Des dépenses par personne très dispersées sur une courte période

En France, en 1995 la dépense de soins et biens médicaux<sup>2</sup> 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 appel à l'état de santé.

Le modèle de référence 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

---

<sup>1</sup> ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

<sup>2</sup> 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.

entraîné l'évolution des dépenses médicales. Aujourd'hui, l'âge et la morbidité « expliquent<sup>3</sup> » 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.

### **Dans leur ensemble les dépenses médicales augmentent fortement avec l'âge**

Globalement les dépenses médicales, hospitalisation et soins de ville, sont élevées pour les nourrissons, puis décroissent rapidement pour atteindre un minimum autour de dix ans (avant l'adolescence) ; elles augmentent ensuite de manière régulière et de plus en plus rapidement avec l'âge.

### **Chaque consommation médicale présente en fonction de l'âge un profil spécifique**

L'hospitalisation (en court, moyen ou long séjour), les séances de généraliste au domicile du patient, les séances de soins infirmiers et la pharmacie, augmentent très rapidement avec l'âge à partir de 60 ans.

Les séances de spécialiste, de généraliste dans un local professionnel, d'analyses médicales augmentent continûment avec l'âge, depuis 10 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes, puis stagnent ou décroissent à partir de 80 ans.

Les soins dentaires varient de manière inverse, minimaux pour les jeunes enfants et les personnes âgées, ils sont maximaux pour les adultes.

### **Sauf aux âges de la maternité, les dépenses des femmes sont inférieures à celles des hommes**

D'une manière générale, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes, sauf aux âges de la maternité (Cf. graphique 1), alors que les femmes, à tous les âges, ont plus souvent recours aux soins de médecin et de dentiste et en général de soins de ville que les hommes.

La dépense médicale des nourrissons de sexe masculin et des jeunes garçons de même que leur mortalité, est plus élevée que celle des petites filles.

Sauf aux âges de la maternité et d'activité génitale (20-40 ans), les dépenses médicales des hommes sont plus importantes que celles des femmes. On retrouve une variation de même sens entre mortalité et dépenses médicales, les hommes, dont les taux de mortalité, à âge égal sont nettement supérieurs à ceux des femmes ont aussi des dépenses médicales supérieures ; mais alors qu'à partir de 50 ans, les taux de mortalité des hommes sont de 2 à 3 fois supérieurs, leurs dépenses médicales n'excèdent pas de 20 % celles des femmes (Cf. graphique 2).

L'influence de l'âge sur les dépenses médicales peut se décomposer en un effet proprement biologique et un effet de génération, de type socio-culturel qui traduit en partie l'évolution des comportements face à la médecine et aux soins<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> *Au sens statistique du terme*

<sup>4</sup> Cf. An MIZRAHI, Ar MIZRAHI "Consommation médicale selon l'âge - Effet de morbidité et effet de génération" - CREDES 1988.

La composante proprement biologique de l'effet de l'âge sur les dépenses médicales augmente de manière exponentielle avec l'âge comme la mortalité, alors que la composante liée au comportement des générations successives diminue avec l'âge<sup>5</sup>.

La mortalité des femmes varie moins selon les critères socio-économiques que celle des hommes ; de même dans l'effet de l'âge sur les dépenses médicales, à partir de 50 ans, la part de l'effet de génération lié aux comportements socio-culturels est moins importante pour les femmes que pour les hommes.

### **A âge égal, les groupes favorisés se soignent un peu plus mais surtout de 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.

### **Le recours aux médecins varie peu selon les groupes sociaux, le recours aux spécialistes varie de manière importante**

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 : ainsi en un mois, les ménages de cadres moyens ont en moyenne xxx séance de médecin par personne et ceux de manoeuvres ou d'ouvriers spécialisés xxx, soit xx % de moins.

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<sup>6</sup>. Les soins dentaires varient sensiblement comme ceux de.

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.

---

<sup>5</sup> *Le modèle implicite sous-jacent d'une croissance exponentielle en fonction de l'âge de la part des dépenses médicales liées à l'effet biologique n'est acceptable que pour des âges variant dans certaines limites, les taux de mortalité ne pouvant dépasser 100 % et les dépenses médicales n'augmentant pas non plus de manière infinie.*

<sup>6</sup> *Cf. "Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991 Premiers résultats" A Bocognano, N. Grandfils, Th Lecomte, An Mizrahi, Ar Mizrahi - CREDES.*

### **Des facteurs de sous-consommation médicale qui se cumulent**

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.

### **L'effet de l'âge s'accroît au cours du temps**

L'influence de l'âge sur les dépenses médicales est allée en augmentant au cours du temps, dans la mesure où l'augmentation des dépenses médicales depuis les années 1960 a profité plus particulièrement aux personnes les plus fragiles, personnes âgées et nourrissons, mais aussi aux femmes en période d'activité génitale.

**La comparaison des dépenses médicales des différents groupes sociaux après élimination des seuls effets dus à l'âge et au sexe, si elle reste indispensable, ne suffit pas à l'analyse des inégalités et les morbidités différentielles doivent être prises en compte.**

L'indicateur de morbidité permet d'obtenir une variable de dépense à morbidité égale plus discriminée selon la catégorie socio-professionnelle que la dépense redressée par âge<sup>7</sup>.

**Tableau 1 : Indice de dépense médicale par catégorie sociale du chef de ménage après élimination des effets d'âge et de morbidité, France 1980**

Catégorie sociale	Dépense observée	Dépense redressée par âge	Dépense redressée par morbidité
Exploitant agricole	118	98	95
Indépendant	82	75	79
Cadre supérieur	104	112	122
Prof. intermédiaire	91	98	105
Employé	107	106	102
Ouvrier qualifié	90	95	94
Manoeuvre, O.S.	108	114	110
Ensemble	100	100	100

Données : Enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1980.

<sup>7</sup> Ce qui infirme, en partie, les hypothèses de sous-déclarations des maladies dans les catégories les moins favorisées

## **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.

### **1. LES DISPARITES : CONCEPT ET MESURE**

Pendant une courte période, les consommations médicales individuelles sont fortement dispersées, cette dispersion correspond aux différences d'état pathologique, aux possibilités techniques de traitement, aux filières de soins suivis etc... Les inégalités sont celles qui correspondent au delà des grandes dispersions individuelles au comportement des groupes sociaux face au système de soins.

Les études antérieures ont montré que les consommations médicales sont liées entre elles par des relations complexes :

- de complémentarité, par exemple soins de généralistes et produits pharmaceutiques prescrits ou soins de généralistes à domicile et soins infirmiers,
- de substitution, par exemple hospitalisation ou traitement ambulatoire, kinésithérapie ou traitement pharmaceutique,
  - ces deux types de relations peuvent être en oeuvre en même temps et selon les cas la liaison entre consommations médicales peut être de complémentarité ou de substitution : ainsi les soins de généralistes et de spécialistes ou les soins de médecins et l'hospitalisation.

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.

### **2. LES SOINS DE MÉDECIN**

La consommation de soins de médecins pour les patients ambulatoires ou soignés à leur domicile peut être mesurée :

- en terme de quantité, par exemple en nombre de séances, la séance étant définie comme l'entrevue entre un patient et un médecin dans l'exercice de sa profession en dehors d'un séjour hospitalier
- en valeur, en agrégeant l'ensemble des sommes versées au producteur par les différents financeurs, Assurance Maladie, consommateur, mutuelle, assurance privée etc...

Par ailleurs les soins de médecins sont ventilés en soins de spécialistes ou de généralistes et pour ces derniers les séances au domicile du patient sont distinguées.

L'objet de cette analyse est l'augmentation différentielle de recours aux soins de médecins selon différents critères socio-économiques : la couverture complémentaire, la taille et la structure du ménage, la catégorie sociale etc..., étant entendu que dans tous les cas la consommation a fortement augmenté pendant cette période.

## 2.1. La profession

L'analyse de l'évolution de l'influence de la catégorie socio-professionnelle illustrera ce point.

Compte tenu des sources disponibles<sup>1</sup> l'analyse porte sur les personnes protégées par le régime général ou un régime rattaché.

Les durées d'observations n'étant pas les mêmes, les données sont extrapolées à l'année.

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 (Cf. tableau1).

**Tableau 1 Consommation de soins de médecin selon la couverture complémentaire 1970, 1980, 1988-91 (personnes protégées par le régime général)**

	1970		1980		1988--91	
	avec CC	sans	avec CC	sans	avec CC	sans
<b>Nombre de personnes</b>	<b>9584</b>	<b>5382</b>	<b>11252</b>	<b>3932</b>	<b>23039</b>	<b>4044</b>
<b>% avec ou sans CC</b>	<b>64,0</b>	<b>36,0</b>	<b>74,1</b>	<b>25,9</b>	<b>85,1</b>	<b>14,9</b>
<b>Séances médecin/pers/an</b>	<b>3,74</b>	<b>3,09</b>	<b>5,16</b>	<b>5,19</b>	<b>7,30</b>	<b>5,06</b>
<b>Indice 1=ensemble</b>	<b>1,07</b>	<b>0,88</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,05</b>	<b>0,73</b>

*Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.*

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.

<sup>1</sup> *les enquêtes nationales INSEE-CREDES de 1970 et 1980 sur la santé et les soins médicaux (données publiées), les enquêtes CREDES de 1988 à 1991 sur la santé et la protection sociale (Cf. encart 1)*

**Tableau 2**  
**Evolution de la disparité de consommation de soins de médecin selon la couverture complémentaire**  
**(personnes protégées par le régime général)**

Comparaison sans CC et avec CC	1970	1980	1988-91
Différence entre nb de séances/pers	-0,65	+0,03	-2,24
Différence relative (100=avec CC)	-17%	+0,4%	-31%
Moyenne personnes Regime Général	3,51	5,16	6,96
Ecart-type pondéré	0,312	0,015	0,793
Coefficient de variation pondéré	0,089	0,003	0,114

*Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.*

Le coefficient de variation 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.

**Tableau 3**  
**Répartition des soins de médecin selon la couverture complémentaire 1970, 1980, 1988-91**  
**(personnes protégées par le régime général)**

	1970	1970	1980	1980	1988-91	1988-91
	avec CC	sans CC	avec CC	sans CC	avec CC	sans CC
Séances généraliste	2,69	2,42	3,05	3,55	4,22	3,35
Séances spécialistes	1,05	0,67	2,10	1,64	3,08	1,72
Séances médecin/pers/an	3,74	3,09	5,16	5,19	7,30	5,06
% séances de spécialistes	28,2	21,7	40,8	31,6	42,2	33,9

*Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.*

(Pourquoi faire simple, c'est si compliqué, calculons des coefficients de variation pondéré voire sous des hypothèses discutables en tous les cas discutées plutôt que d'analyser les phénomènes de retournement de tendance bizarres ou induits uniquement par les méthodes d'enquêtes.)

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.

### **2.3. Le nombre de personnes du ménage**

#### *2.3.1. 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 (Cf. tableau 4).

**Tableau 4**  
**Nombre de séances de médecins selon la taille du ménage**  
**évolution 1960,1970,1980,-1988-91**  
**(en nb de séances par personne et par an)**

<b>Nombre de personnes du ménage</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1988-91</b>
Séances de médecin (nc radios)			
1 personne	5,12	7,25	10,86
2 personnes	4,76	6,70	9,20
3 personnes	3,70	5,28	6,80
4 personnes	3,36	4,62	6,04
5 personnes	2,81	4,21	5,03
6 personnes	(2,55)	3,56	3,25
7 personnes et plus	(2,17)	2,94	2,67
Ensemble	3,45	5,21	6,79

*les nombres entre parenthèses sont des estimations*



Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.

Parallèlement à la permanence de cette baisse de recours au médecin quand la taille du ménage augmente (Cf. graphique 1), 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 1988-91<sup>2</sup>.

### 2.3.2. Retournement de tendance

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 (Cf. tableau 5).

**Tableau 5**  
**Evolution de la disparité de consommation de soins de médecin selon la taille du ménage**

Disparité selon taille du ménage	1970	1980	1988-91
Nb de séances/pers	3,45	5,21	6,79
Etendue (maximum-minimum)	2,95	4,31	8,19
Différence relative (maximum-minimum)/moyenne	116,9%	82,7%	120,6%
Ecart-type pondéré	0,92	1,25	2,03
Coefficient de variation pondéré	0,27	0,24	0,30

Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.

### 2.3.3. Les ménages de 3 personnes et plus

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 (Cf. tableau 6).

**Tableau 6**  
**Evolution de la disparité de consommation de soins de médecin selon la taille du ménage, ménages de 3 personnes ou plus**

Disparité selon taille du ménage	1970	1980	1988-91
----------------------------------	------	------	---------

<sup>2</sup> 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.

<b>Nb de séances/pers (3 persou+)</b>	3,03	4,50	5,73
<b>Etendue(maximum - minimum)</b>	1,53	2,34	4,13
<b>Différence relative (maximum-minimum)/moy 3ou+</b>	50,5%	52%	72,1%
<b>Ecart-type pondéré</b>	0,56	0,70	1,15
<b>Coefficient de variation pondéré</b>	0,18	0,16	0,20
<b>Nb de séances/pers (3ou4 pers)</b>	3,53	4,93	6,36
<b>Moy 3ou4pers - minimum</b>	1,36	1,99	3,69
<b>Différence relative (maximum-moy 3ou4)/moy 3ou4</b>	38,5%	40,4%	58,0%

Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.

#### 2.3.4. Les mécanismes de substitution n'ont pas fonctionné de la même façon

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 (Cf. graphique 2).

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  $V^3$  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 période (Cf. tableau 6 et graphique 3).

**Tableau 7**  
**Evolution 1980,1988-91 des soins de généraliste selon la taille du ménage**  
**(en nombre de séances par personne et par an)**

	A domicile		Local professionnel		Généraliste	
	1980	1988-91	1980	1988-91	1980	1988-91
<b>Nb personnes du ménage</b>						

<sup>3</sup> 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 %.

<b>1 personne</b>	2,75	1,74	2,64	4,84	5,39	6,58
<b>2 personnes</b>	2,12	1,37	2,71	4,12	4,83	5,49
<b>3 personnes</b>	1,46	0,89	2,01	3,08	3,47	3,97
<b>4 personnes</b>	1,37	0,79	1,67	2,65	3,04	3,44
<b>5 personnes</b>	1,39	0,83	1,59	2,21	2,98	3,04
<b>6 personnes</b>	1,13	0,56	1,36	1,45	2,49	2,01
<b>7 personnes et plus</b>	1,05	0,59	1,38	1,25	2,43	1,84
<b>Ensemble</b>	1,63	0,98	2,01	3,03	3,64	4,01

Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.

### 2.3.5. Les disparités ont continument augmenté pour les séances de généralistes au domicile

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 (Cf. tableau 8).

**Tableau 8**  
**Evolution des disparités selon la taille du ménage et la nature des séances de médecin**  
**(coefficient de variation pondéré)**

	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1988-91</b>
<b>Séances généraliste au domicile</b>	0,226	0,290	0,324
<b>Séances généraliste au cabinet</b>	0,305	0,244	0,302
<b>Séances de généraliste</b>	0,270	0,259	0,304
<b>Séances de spécialiste</b>	0,267	0,236	0,296
<b>Séances de médecin</b>	0,266	0,237	0,300

Données : Enquêtes INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980.