

LA PRÉVENTION MÉDICALE INDIVIDUALISÉE

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

« Si la nomenclature n'est pas correcte, les paroles ne sont pas adéquates et il en résulte que les opérations ne peuvent être menées à bien. »

Confucius, *Entretiens avec ses disciples*, XIII.3.

Traduction par André Lévy, GF-Flamarion 1994

Commençons donc par définir les nomenclatures et le champ de notre étude.

1. Questions de nomenclature, de quoi parle-t-on

On place sous le terme de prévention des actions disparates faisant en général appel à la notion de précautions à prendre pour améliorer les chances de survie à plus ou moins long terme ; ces précautions peuvent être prises par les personnes elles mêmes pour éviter que leur état de santé se détériore et augmenter leur propre chance de survie ou par les pouvoirs publics (nationaux ou locaux) pour améliorer l'état sanitaire de la population et réduire sa mortalité. Les actions de prévention peuvent concerner les différents aspects de la vie et interfèrent alors avec les habitudes culturelles, les modes de vie, les conditions de travail et d'apprentissage,... Enfin, le champ couvert fluctue selon les auteurs (voir par exemple en annexe 1 les définitions données par deux personnes tout à fait compétentes). Il est donc peu probable qu'une analyse de la prévention aussi largement définie conduise à des facteurs ou des explications générales.

Dans pratiquement toutes les nomenclatures des actions de prévention, un chapitre au moins concerne celles se situant dans le champ médical, c'est à dire impliquant des personnels médicaux ; c'est à l'intérieur de ce chapitre que se situe notre travail.

Dans la prévention médicale, on distingue la prévention primaire de la prévention secondaire. La prévention primaire tend à réduire un ou plusieurs facteurs de risque d'apparition d'une maladie. Cette prévention primaire peut s'adresser à l'ensemble de la population (vaccination antivariolique des enfants) ou être ciblée sur les sujets ayant un bon état de santé apparent mais dont les risques sont plus élevés ou qui cumulent plusieurs risques (vaccination anti-grippe des personnes âgées).

On parle de prévention secondaire s'il s'agit d'éviter l'aggravation ou l'extension d'une maladie qui s'est déjà manifestée (traitement de l'hypertension). Cette deuxième notion est difficile à distinguer des soins médicaux proprement dits, et n'entre pas dans le champ de notre travail.

En conclusion, notre travail porte sur la prévention médicale primaire au sens strict, c'est à dire se limitant aux consommations médicales individualisées effectuées **en dehors de tout signe clinique** et ayant pour but de réduire la probabilité d'incidence des maladies (vaccination) ; ce champ sera élargi en lui ajoutant les consommations médicales effectuées **avant l'apparition de signe clinique** et ayant pour but de détecter les maladies dont un traitement précoce améliore le pronostic et/ou de réduire les risques de contagion (examens médicaux).

2. De la prévention médicale individuelle

2.1. La prévention médicale individuelle, une consommation médicale analysée comme les autres

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

Les séances de prévention dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-92 comprennent les vaccinations, les consultations préventives volontaires, les consultations préventives obligatoires (médecine du travail, médecine scolaire etc...) et les bilans de santé. L'information étant issue du premier motif de la séance déclarée par le patient.

En 3 mois 15,8 % de la population a eu au moins une séance de prévention, soit une personne sur 6 environ. En un an chaque personne a en moyenne une séance de prévention médicale. Le recours à la prévention médicale a globalement augmenté, en 1980, 12,6 % des personnes avaient eu au moins une séance de prévention en 3 mois et on comptait 0,87 séance de prévention médicale par personne et par an.

Ces séances sont payées intégralement par la personne dans 61,3 % des cas ce qui peut sembler beaucoup et montre la place importante du secteur libéral dans la prévention médicale individualisée. En 1980, 54,6 % seulement des séances de prévention médicale individualisée étaient payées intégralement par la personne. Comme pour l'ensemble des séances de médecin, le nombre de séances de prévention médicales gratuites (le tiers payant est très rare) a donc diminué en 10 ans, passant de 0,48 en 1980 à 0,39 en 1991-92.

Des observations plus récentes issues de l'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES 1993-1996, à partir des codifications des médecins sur les motifs des séances donnent des estimations plus faibles, de l'ordre de 0,76 séances par personne et par an, 4,9 % des personnes ayant eu recours à la prévention médicale individualisée en un mois, durée de la période d'observation de chaque ménage. La notion de prévention étant établie au moment de la codification par les médecins chiffreurs et non à partir d'une question filtre posée à l'enquêté comme dans les enquêtes sur la santé et les soins médicaux.

Tableau

Données globales sur la prévention médicale individualisée selon les sources et les périodes

| | 1960 | 1980 | 1991-92 | 1993 à 1996 |
|--------------------|------|--------|---------|-------------|
| source | ESSM | ESSM | ESSM | ESPS |
| nb séances/pers/an | | | | |
| - question filtre | | 0,87 | 1,00 | |
| - codes médicaux | | | 1,02 | 0,76 |
| % consommateurs | | | | |
| - en 3 mois | | 12,6 % | 15,8 % | |
| - en 1 mois | | | | 4,9 |

L'âge et le sexe ; une consommation d'enfants et de femmes

La consommation est maximum pour les nourrissons, elle décroît ensuite rapidement, atteint un minimum entre 15 et 19 ans. A partir de 15 ans la prévention médicale augmente régulièrement avec l'âge et reste en permanence supérieure pour les femmes que pour les hommes (Cf. graphique 1).

Compte tenu des différences de mortalité entre sexe aux âges adultes on pourrait en déduire que la prévention a un effet protecteur mais pas plus peut-être que de porter des jupes ou ...

L'écart entre les hommes et les femmes

Tableau
Prévention médicale individualisée selon le sexe 1960, 1980, 1991-92, 1993 à 1996

| | % consommateurs | | | Nombre de séances par personne | | | par an | |
|-----------------------|-----------------|--------|----------|--------------------------------|--------|--------|----------|---------------|
| | Hommes | Femmes | Ensemble | Femmes/Hommes | Hommes | Femmes | Ensemble | Femmes/Hommes |
| 1960 en 1 mois | | | | | | | | |
| 1980 - en 3 mois | 12,23 | 12,88 | 12,56 | | 0,82 | 0,92 | 0,87 | |
| 1991-92 en 3 mois | 12,70 | 18,67 | 15,77 | | 0,76 | 1,22 | 1,00 | |
| 1993 à 1996 en 1 mois | 3,60 | 6,09 | 4,86 | | 0,53 | 0,97 | 0,76 | |

Deux modalités d'évolution de la prévention médicale (séances de médecin et vaccination) selon l'âge et le sexe peuvent être présentées :

- * une évolution de moyen terme, entre 1980 et 1991 : les modalités de relevé de l'information et de codification des deux enquêtes étant très proches. Pendant cette période, le nombre de séances de prévention médicales a augmenté de 33 % pour les femmes et diminué de 8 % pour les hommes ; pour les 2 sexes, le profil du taux d'accroissement est croissant avec l'âge chez l'adulte ; pour les femmes, le nombre de séances augmente pour tous les âges et est maximum pour les femmes de plus de 70 ans, pour les hommes, le nombre de séances diminue entre 15 ans et 70 ans et augmente au delà,
- * une évolution de très long terme, entre 1960 et 1993-96 : les modalités des deux enquêtes sont différentes², mais on peut penser que, du fait du très long délai entre ces 2 dates, l'importance de l'évolution l'emporte sur l'aspect plus contingent des modalités d'enquête. En un tiers de siècle, le nombre de séances de prévention a été multiplié par 2 pour les hommes et par 4,8 pour les femmes. L'essentiel de la différence entre les deux sexes provient de la très forte augmentation du nombre de séances de prévention pour les femmes entre 20 et 59 ans et plus précisément entre 30 et 39 ans (ce nombre a été multiplié par 7 entre 20 et 29 ans et entre 40 et 59 ans, il a été multiplié par 23 entre 30 et 39 ans). Quoique les séances de contraception ne soient pas prises en compte dans cette statistique, il est vraisemblable que la très forte augmentation du nombre de séances de prévention pour les femmes dans ces classes d'âge soit un effet indirect de la contraception. Si on fait abstraction de cet effet, la plus forte augmentation, du nombre de séances de prévention concerne les hommes de plus de 60 ans (coefficient multiplicateur supérieur 16), et les femmes de plus de 70 ans (coefficient multiplicateur supérieur à 10),

Au total, il semble que le nombre de séances de prévention ait considérablement augmenté entre 1960 et 1980 pour stagner ensuite entre 1980 et 1993-94.

La prévention médicale individualisée selon les facteurs socio-économiques

Rien de bien nouveau quant à l'influence des variables socio-économiques sur le recours différentiel à la prévention médicale individualisée, déjà analysée sur les données de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1980 [].

Pour l'ensemble de la population et après élimination des effets dus aux différences de structure par âge et sexe, on retrouve dix ans plus tard que le recours à la prévention médicale individualisée est :

² *les observations dans ces deux enquêtes aient porté sur un mois chacune, mais le relevé de l'information était effectué par un enquêteur en 1960, sur des données rétrospectives, alors qu'en 1993-96, l'information était relevée sur un carnet de comptes par le ménage au fur et à mesure des soins.*

maximum dans les ménages de cadres supérieurs (+ 3,4) et minimum, dans ceux d'ouvrier - 2,5 et d'artisan commerçant -1,6

maximum pour les plus grands revenus par UC (4,1) et minimum pour les plus faibles (-5,1)

maximum quand la personne de référence un diplôme supérieur court (5,9) et minimum quand elle n'a aucun diplôme (-4,4).

Plus élevé à Paris (+3,9) et moins élevé dans les communes rurales (-1,3).

On retrouve là avec un effet parfois atténué mais toujours dans le même sens les variables qui influent sur les consommations médicales de ville les plus techniques et spécialisées (séances de spécialistes, analyses, dentistes) et avec un effet opposé pour les séances de généralistes, d'auxiliaires .

Enfin l'absence de couverture complémentaire est associée à un recours beaucoup plus faible à la prévention médicale individualisées (-5,7).

Bien évidemment toutes ces caractéristiques sont liées entre elles ; une régression logistique permet de faire des hypothèses relativement étayées sur l'effet de chacune d'elles toutes choses égales par ailleurs.

Les facteurs déterminants restent l'âge, le sexe, l'absence de couverture complémentaire et le nombre de personnes du ménage, d'autres facteurs comme le milieu social ou la catégorie de commune ont une influence mais non significative même au seuil de 5 % compte-tenu de la taille de l'échantillon.

La prévention médicale des enfants ; l'expérience de la mère remplace-t-elle la prévention ?

La prévention des enfants dépend avant tout du nombre d'enfants dans le ménage et du rang de l'enfant, les enfants uniques et les premiers nés en bénéficiant beaucoup plus que les autres. Toutefois l'effet du nombre d'enfants dans le ménage est plus important que le rang de l'enfant traduisant plus une contrainte économique que l'expérience de la mère de famille. Cette contrainte apparaît nettement si l'on considère l'impact du revenu par UC, consommation relativement faible pour les enfants vivant dans les ménages dont le revenu est le plus faible, appartenant à des ménages d'ouvriers et /ou ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire (Cf. tableau 1).

La création du réseau de centres de PMI après la guerre a représenté un effort social important pour la prévention, effort qui s'est peut être relâché avec la généralisation de l'accès aux soins, ce qui pèserait actuellement sur les enfants les moins favorisés. Des données plus récentes semblent montrer que ces différences s'accroissent (à voir dans le panel) par exemple pour les enfants sans couverture complémentaire.

En résumé la prévention médicale individualisée des enfants présente un profil spécifique, les principaux bénéficiaires étant les nourrissons et s'apparente pour les différences socio-économiques aux séances de spécialistes, de dentistes (à vérifier quand même) !!!

L'effet de couple - un comportement de couple

Dans le domaine de la santé et de la protection sociale, les femmes d'une manière générale semblent des citoyennes plus responsables et des consommatrices plus averties que les hommes (d'ailleurs c'est pour ça qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles occupent moins souvent des postes de pouvoir !!!). La protection et la prévention médicale individualisée sont des comportements de couple où la femme occupe une place de « leader ».

Ainsi 89,4 % des hommes vivant en couple ont une protection complémentaire et 90,7 % des femmes vivant en couple. Mais ces pourcentages proches masquent une assez forte dissymétrie à l'intérieur des couples, quand la femme n'a pas de couverture complémentaire son conjoint en a une dans 19 % des cas seulement alors que si l'homme n'a pas de couverture complémentaire sa conjointe en a une dans 29 % des cas. (analyse logistique sur la CC?)

- les deux ont une couverture complémentaire - 87,6 % des couples
- la femme oui, l'homme non - 3,1 % des couples
- l'homme oui, la femme non - 1,8 % des couples
- aucun des deux - 7,5 % des couples

La même dissymétrie existe dans la pratique de la prévention médicale médicalisée. Pour les hommes vivant en couple le facteur dont l'effet est le plus important est que leur conjointe ait eu recours à la prévention médicale individualisée.

Les composantes de la prévention médicale - Vaccins, examens systématiques et bilans de santé

La prévention médicale individualisée comporte au moins deux grandes composantes, les vaccinations et les examens systématiques visant à une détection précoce des affections.

Les

Toutefois la prévention

La prévention comme mode de comportement et les facteurs de risque : un modèle social de comportement.

D'autres facteurs de risque rarement inclus, la responsabilité personnelle ou la responsabilité sociale

L'échec des modèles

Bibliographie

1. **Ross J., Magdelaine M., Rösch G. (1963)** La morbidité étudiée dans une enquête sur la consommation médicale, CREDES N° 124.
2. **Charraud A., Mormiche P. (1986)** Enquête santé 1980-1981, tableaux détaillés, INSEE Avril 1986.
3. **Mizrahi An., Mizrahi Ar. (1990)** La prévention médicale, motif de consommation de soins de médecin. CREDES N° 69.
4. **Mizrahi An., Mizrahi Ar. (1992)** Bilans de santé, facteurs socio-économiques et comportements de prévention, ESPS 1990. CREDES N° 915.
5. **Choquet O., Jaluzot L. (1992)** Le public diversifié des bilans de santé, *SOLIDARITÉ SANTÉ Etudes statistiques*, N° 2, 1992. - Avril-juin.
6. **Mormiche P., Urbaniac F. (1994)** Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-92, INSEE résultats N° 64-65-66.
7. **Genier P., Jacobzone S. (1996)** Peut-on parler d'une gestion globale de son capital santé ? *Economie et statistique* N° 311. 1998-1. **(1996)** Comportements de prévention, consommation d'alcool et tabagie : peut-on parler d'une gestion globale du capital santé ? Une modélisation microéconomique empirique. INSEE. Série des documents de travail de la Direction des études et synthèses économiques. Juillet 1996.

ANNEXE 1 : Deux définitions de la prévention

« L'intérêt du bilan de santé est avant tout individuel. En effet c'est un moyen d'évaluer encourus par l'assuré (prévention primaire), de faire des diagnostics précoces pour certaines affections comme le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus (prévention secondaire) d'insister sur la nécessité d'un traitement (prévention tertiaire). » [5]

« La prévention primaire, telle qu'elle définie par les médecins, a pour objet d'empêcher l'apparition des maladies chez des gens sains. Elle s'oppose par exemple à la prévention secondaire, qui vise à diminuer la gravité d'une maladie préexistante. » [7]

ANNEXES

Tableau 1

Prévention médicale des enfants de moins de 16 ans

| | Effectifs | Nb séances/enf /an | % séances payées intégralement |
|----------------------------------|-----------|--------------------|--------------------------------|
| <i>Nb d'enfants du ménage</i> | | | |
| 1 | 1108 | 1,85 | 69,8 |
| 2 | 2162 | 1,39 | 63,7 |
| 3 | 1056 | 1,23 | 52,9 |
| 4 et+ | 639 | 0,71 | 44,4 |
| <i>ENSEMBLE</i> | 4965 | 1,40 | 62,7 |
| <i>Rang de l'enfant</i> | | | |
| premier | 2183 | 1,56 | 65,6 |
| deuxième | 1763 | 1,39 | 60,9 |
| troisième | 679 | 1,18 | 58,5 |
| quatrième et suivant | 340 | 0,81 | 53,32 |
| <i>Milieu social</i> | | | |
| agriculteur | 184 | 1,83 | 57,7 |
| artisan, commerçant | 412 | 1,51 | 68,5 |
| cadre, prof. libérale | 645 | 1,54 | 68,0 |
| profession intermédiaire | 1055 | 1,46 | 66,2 |
| employé | 687 | 1,59 | 64,1 |
| ouvrier | 1942 | 1,20 | 57,4 |
| <i>Diplôme pers.de référence</i> | | | |
| aucun | 1022 | 0,99 | 58,1 |
| CEP,DFEO | 437 | 1,09 | 48,2 |
| CAP,BEP | 1381 | 1,50 | 65,3 |
| BEPC | 711 | 1,52 | 64,4 |
| BAC | 506 | | |

| | | | |
|----------------------------------|------|------|------|
| BTS | 353 | | |
| Supérieures | 550 | 1,67 | 66,6 |
| <i>Revenu par U.C. par mois</i> | | | |
| moins de 2700 | 1091 | 0,99 | 52,0 |
| 2700 à 3040 | 443 | 1,25 | 62,2 |
| 3040 à 3700 | 757 | 1,49 | 60,8 |
| 3700 à 4800 | 783 | 1,64 | 57,8 |
| 4800 à 6200 | 649 | 1,41 | 71,6 |
| 6200 à 8200 | 589 | 1,78 | 72,0 |
| 8200 à 13000 | 287 | 1,56 | 59,5 |
| 13000 à 40000 | 114 | 1,75 | 66,5 |
| non déclaré | 252 | 1,05 | 70,1 |
| <i>Protection sociale enfant</i> | | | |
| 100 % SS | 99 | 2,2 | 68,1 |
| TM et mutuelle | 3068 | 1,44 | 62,0 |
| TM et assurance | 1167 | 1,48 | 69,8 |
| TM sans CC | 603 | 0,93 | 46,9 |