

Les besoins et les comportements de la population en matière de soins

Thérèse LECOMTE¹, Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

Besoin de soins : une notion difficile à quantifier globalement

La notion de besoins de soins fait référence à une connaissance de la fréquence de survenue des maladies, de leur durée d'évolution et des thérapeutiques adaptées ; on peut tenter d'approcher cette notion à partir des données de morbidité et, compte tenu des connaissances actuelles, des traitements recommandés par les conférences de consensus. Certaines études faites en ce sens (asthme, diabète, dépression, HTA,...) montrent que la plupart des malades suivent apparemment, en France, un traitement adapté (c'est à dire correspondant aux normes actuelles) ; toutefois, une sous consommation médicale se manifeste pour certains et un traitement inadapté pour d'autres. La sous consommation est patente lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie et n'a pas recours à des soins, soit pour des motifs socio-économiques, que nous exposons plus loin, soit pour des raisons plus personnelles (refus du diagnostic, rejet du traitement ou inobservance).

Ainsi en est-il des malades hypertendus dont 15 à 20 % ne suivent pas de traitement malgré un besoin réel qui permettrait d'éviter les complications cardio-vasculaires [6] ; parmi ceux exonérés du ticket modérateur un quart seulement respecte complètement les mesures hygiéno-diététiques nécessaires [12]. De même est insuffisante la prise en charge de diabétiques non insulino dépendants en matière de dépistage et de suivi des complications dégénératives [8]. On observe également une sous consommation de soins chez les personnes présentant des signes de dépression et n'ayant pas pris conscience de la maladie dont elles souffrent, elles ne ressentent pas le besoin de se soigner [7]. Une étude récente sur l'asthme en France [11] montre que les besoins de soins ne sont pas satisfaits, particulièrement pour les stades persistants, modérés ou sévères du fait de la prescription trop timide ou d'une non observance du traitement.

A ce besoin de soins lié à la maladie déclarée s'ajoute un besoin de prévention. On place sous le terme de prévention des actions faisant appel aux précautions à prendre pour améliorer l'état de santé à plus ou moins long terme, de l'épuration des eaux et l'hygiène alimentaire à la limitation de vitesse des automobiles et les campagnes de vaccination systématique. La prévention médicale tend à réduire les facteurs de risque d'apparition d'une affection (vaccination) et à dépister les maladies² avant l'apparition de tout signe clinique.

Au total, le besoin de soins médicaux est la réunion des besoins de soins curatifs et des besoins de prévention médicale.

La consommation médicale se prête plus facilement à la mesure

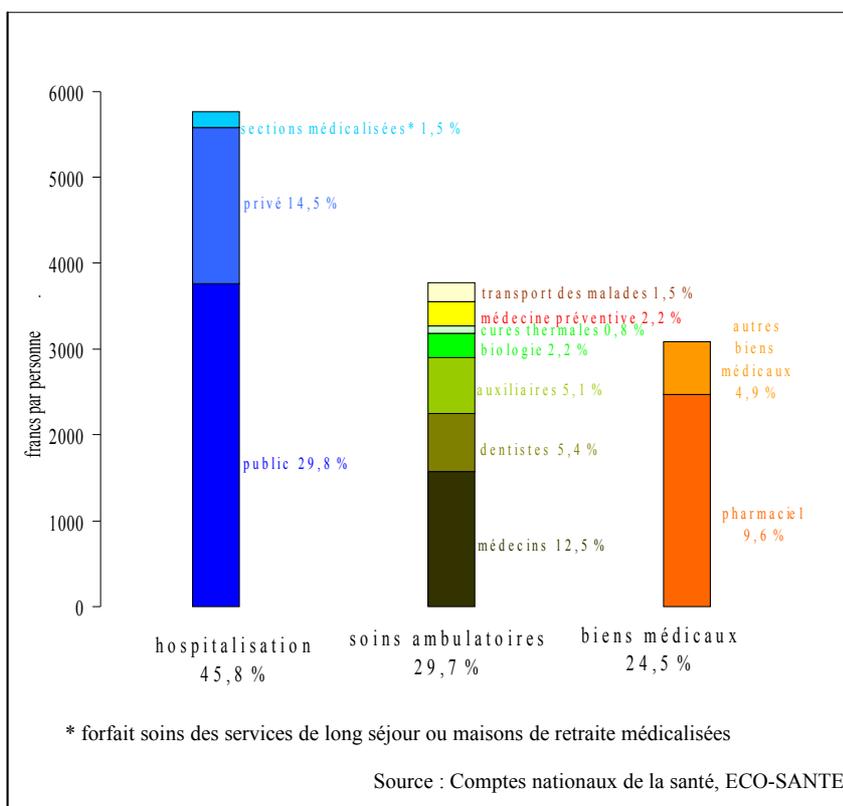
La consommation médicale, recours aux soins ou examens est l'étape finale d'un processus complexe initié par un besoin lié à une situation pathologique et correspond à un niveau des connaissances et des techniques médicales. Un besoin réel, supposé objectif, être ou non ressenti. Ce besoin subjectif peut s'exprimer sous forme d'une demande de soins. Cette

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

² ces deux actions sont distinctes, la première ayant pour but d'éviter l'apparition de la maladie, la seconde, de la détecter le plus tôt possible, de manière à optimiser le traitement

demande peut être satisfaite ou non, la personne pouvant y renoncer pour des motifs financiers, de manque de temps, de réticence psychologique etc. Cette demande spontanée, si elle est satisfaite, marque l'entrée dans le système de soins, entrée qui peut générer une demande induite non plus par le patient mais par des professionnels de santé. Demandes qui à leur tour peuvent être satisfaites ou non, le patient peut s'arrêter à ce niveau pour un ou plusieurs des motifs déjà cités, refuser une hospitalisation ou une intervention, se limiter à une partie du traitement ou des examens prescrits. Les professionnels eux-mêmes peuvent ne pas pouvoir techniquement ou socialement satisfaire la demande du patient, pénurie ou éloignement des équipements, file d'attente, obstacles sociaux etc. Ce processus est par nature évolutif : que ces demandes soient partiellement ou totalement satisfaites la pathologie suit un cours plus ou moins modifié, tant par les interventions des acteurs du système de santé que par les conditions de vie du patient.

LA CONSOMMATION MÉDICALE FRANCE 1999

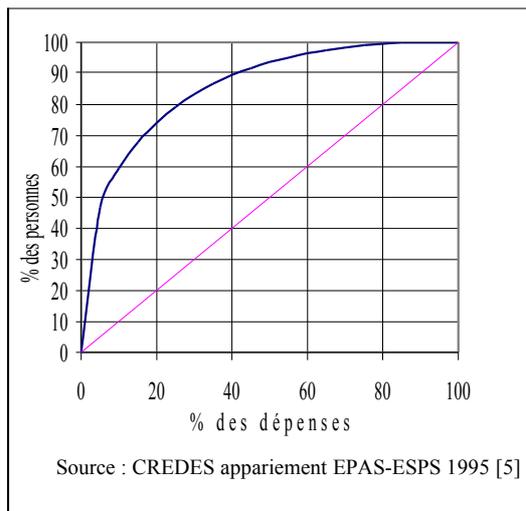


La consommation médicale comprend l'hospitalisation, les soins de médecin, en distinguant parfois généralistes, spécialistes et imagerie médicale, les soins dentaires, les soins infirmiers et de kinésithérapie, la biologie, les cures médicales, la médecine préventive et les transports des malades, la pharmacie et les prothèses (dont les plus nombreuses sont les lunettes). En les pondérant par leur prix, on obtient les dépenses correspondantes et ces consommations peuvent être regroupées en agrégats plus ou moins importants.

Qu'elle se soit produite à l'initiative du patient, du médecin, ou d'un accord entre eux, la consommation médicale est une demande qui s'est concrétisée et qu'on peut donc, contrairement au besoin, estimer directement.

La dépense de soins est fortement concentrée

Courbe de concentration des dépenses médicales



En un an :

- les 5 % plus grands consommateurs concentrent environ 47 % des dépenses,
- les 10 % plus grands consommateurs engendrent 59 % des dépenses,
- à l'opposé, 30 % des personnes consomment très peu : moins de 2 % de l'ensemble des dépenses.

La dépense de soins médicaux présente des disparités liées à différents facteurs individuels, les uns inhérents à la cause même de la dépense, à savoir les maladies, dont le nombre moyen augmente très rapidement avec l'âge et les autres, au contraire, extrinsèques à la maladie à savoir des facteurs socio-économiques.

La dépense est liée au nombre et à la gravité des maladies. Ce sont les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les maladies digestives et les traumatismes qui entraînent le plus grand nombre de journées d'hospitalisation en court séjour [13].

Les maladies mentales sont aussi un grave problème de santé publique : près d'un cinquième des lits ou places d'hospitalisation partielle sont consacrées aux patients qui en souffrent.

L'ensemble des affections dont est atteinte chaque personne, à un instant donné, constitue la morbidité prévalente³. Les problèmes dentaires et les troubles de la vue sont les affections les plus souvent déclarées par la population. Viennent ensuite les affections ostéo-articulaires (arthroses, lombalgies,...), les maladies du métabolisme (diabète, obésité,...), les maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, varices,...), les maladies digestives et celles de la sphère ORL [9].

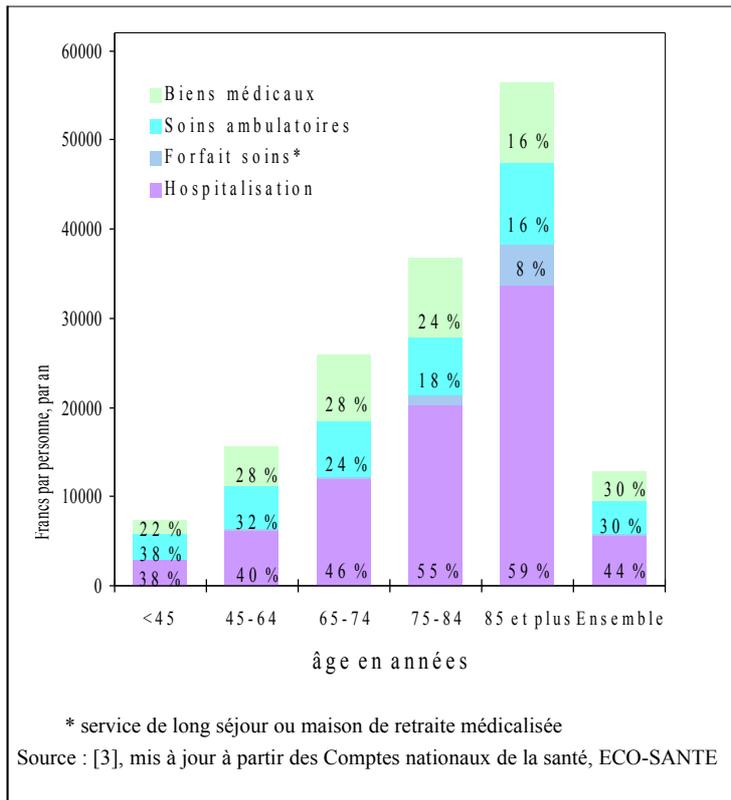
Dans un ordre un peu différent⁴, ce sont aussi les principaux motifs de consultation des médecins, généralistes ou spécialistes[2].

La fréquence et la gravité des maladies évoluent dans le temps, certaines diminuent ou disparaissent grâce à de nouveaux traitements ou des mesures de prévention efficaces (poliomyélite, tuberculose,...), d'autres apparaissent ou se développent (sida, maladie d'Alzheimer, asthme,...).

³ à la différence des maladies survenues pendant une période déterminée qui constituent la morbidité incidente

⁴ par ordre décroissant : maladies cardio-vasculaires, maladies ORL, troubles mentaux et du sommeil, maladies ostéo-articulaires et du tube digestif.

Les dépenses médicales par nature, selon l'âge, France 1999



Cette morbidité progresse avec l'âge et est légèrement différente entre les hommes et des femmes ; les très jeunes enfants présentent en moyenne une maladie par personne tandis que les hommes de plus de 65 ans en déclarent 6,5 et les femmes du même âge plus de 7. La nature même des affections varie, elle aussi, avec l'âge des individus ; ainsi les maladies cardio-vasculaires prédominent après 64 ans tandis que pour les jeunes enfants ce sont les maladies de la sphère ORL. En moyenne, la dépense médicale augmente fortement avec l'âge, et sa structure se modifie, la part de l'hospitalisation devenant prépondérante quand l'état de santé se dégrade.

Outre les maladies, la consommation médicale est liée aux facteurs socio-économiques. Les comportements en matière de soins diffèrent pour un même état pathologique.

Au plan économique, les dépenses de soins n'étant pas prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie, une partie importante de la population (84 %) est protégée par une assurance complémentaire (mutuelles, assurances privées, caisses de prévoyance). En 1998, parmi les 16 % de personnes sans couverture complémentaire 3 % bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie de tout ou partie de leurs soins. Ainsi 13 % gardaient entièrement à leur charge le coût du ticket modérateur et des éventuels dépassements, soit environ 25 % de leurs dépenses de soins médicaux. Le bénéfice d'une couverture complémentaire est fortement lié aux revenus des personnes : dans les foyers où les revenus sont très bas, seulement 52 % des personnes en bénéficient, alors qu'à l'autre extrémité de l'échelle des revenus, 93 % des personnes sont protégées. À ce taux de couverture plus important s'ajoutent des taux de remboursement plus élevés [14]. L'absence de couverture complémentaire, associée fréquemment à de faibles revenus, freine l'accès aux soins. Malgré un état de santé moins bon [1], les personnes sans protection complémentaire ont moins recours à la médecine de ville que les autres, tout particulièrement pour les soins de dentistes et de spécialistes et pour l'optique, moins bien remboursés par l'Assurance maladie.

L'analyse des recours aux soins selon le milieu social montre la même tendance : fort écart pour les soins de dentistes et de spécialistes, plus chers et plus fréquents dans les milieux favorisés ; écarts moindres mais en sens inverse pour l'hospitalisation et enfin très faible différence pour les soins d'omnipraticiens, la pharmacie et la biologie.

Consommation médicale selon le milieu social,

indice à âge et sexe comparable

Milieu social	Généralistes*	Spécialistes*	Dentistes**	Pharmacie***	Hospitalisation****
Cadres supérieurs	1,01	1,41	1,25	1,13	0,80
Professions intermédiaires	1,04	1,19	1,12	1,06	0,99
Employés	1,03	0,97	1,10	1,04	1,14
Ouvriers qualifiés	1,03	0,82	0,88	1,01	1,04
Ouvriers spécialisés	0,94	0,65	0,73	0,80	1,09
Indépendants	0,77	0,80	0,92	0,75	0,95
Exploitants agricoles	0,94	0,69	0,72	0,89	1,02
Ensemble	1	1	1	1	1

Source CREDES ESPS 1998 [9]

* nombre de séances en un mois

** % de consommateurs en un mois

*** dépense en un mois

**** % d'hospitalisés en 3 mois

A côté des recours aux soins, les individus peuvent avoir des comportements de prévention (nutrition équilibrée, activité physique, etc.) et de prise de risque (excès de vitesse, tabagisme, exposition prolongée au soleil, etc.). Si certains comportements à risque sont plus fréquents dans les milieux défavorisés (tabagisme par exemple), d'autres sont peut-être l'apanage des milieux favorisés.

La prévention médicale (vaccination, dépistage, etc.) est plus fréquente dans les couches favorisées de la population et les disparités entre groupes sociaux sont plus fortes que celles observées en matière de soins curatifs.

La forte influence des facteurs socio-économiques, revenus, existence ou non d'une couverture complémentaire, milieu social, niveau d'instruction sur la dépense de soins, a conduit les pouvoirs publics à mettre en place une couverture maladie universelle (CMU) permettant aux populations à très faible revenu et sans couverture complémentaire de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans la limite des tarifs et de ne pas avoir à faire l'avance des frais.

Le seuil des revenus permettant l'accès à la CMU étant fixé à 3600 francs par mois pour une personne seule, une telle disposition laisse encore une proportion non négligeable de personnes sans couverture complémentaire.

En 1998, 14 % des personnes ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux pour motifs financiers au cours des douze derniers mois et cette proportion atteint 25 % des personnes sans couverture complémentaire [9].

Les recours aux soins dépendent de l'offre de soins.

L'offre est l'ensemble des moyens disponibles pour la production et la distribution des soins : personnels, équipements et autres immobilisations (bâtiments, transports,...) en intégrant la dimension géographique (implantation et densité locale des moyens de production eu égard à l'implantation et à la densité des populations).

La distance aux producteurs de soins est un frein à la consommation, tout particulièrement en zone rurale.

Tant les cadres supérieurs que les personnes ayant fait des études supérieures résident dans des zones mieux desservies sur le plan médical et acceptent en outre de parcourir plus de kilomètres pour une hospitalisation ou des soins spécialisés (33 km en moyenne) tandis que les personnes n'ayant pas atteint le baccalauréat ne font que 22 km [4].

Avec l'augmentation du nombre de personnels médicaux, l'implantation de l'offre de soins s'est améliorée entraînant une diminution des disparités de consommation dues à l'éloignement.

À côté de la médecine proprement dite, 3,7 % des personnes déclarent avoir eu recours en un an à des soins dits parallèles⁵. Les uns sont traditionnels : rebouteux, guérisseurs, magnétiseurs,..., les autres, d'appellation plus récente : naturopathes, ostéopathes, chiropracteurs... [9].

Conclusion

Malgré la généralisation de l'assurance maladie obligatoire, on observe des inégalités de comportement vis à vis des recours aux soins : prévention plus ou moins importante, parfois inexistante, recours différentiel aux soins de médecins, part plus ou moins importante des spécialistes, fréquence de l'hospitalisation, etc. Ces disparités persistantes sont imputables à plusieurs causes :

- obstacles financiers entraînant le report ou l'abandon de certains soins,
- obstacles culturels, méconnaissance des circuits ou des possibilités de soins,
- éloignement ou insuffisance des équipements et des personnels médicaux dans des zones rurales ou péri urbaines ou dans certaines régions (Nord),
- attitude de fuite devant la maladie et rejet d'un traitement ou au contraire attention à son corps et bonne observance du traitement.

Soulignons pour conclure que si l'accès aux soins s'est amélioré au cours des dernières décennies, les différences de mortalité selon le milieu social restent fortes [10]. Certes une mortalité prématurée n'est pas uniquement due à l'insuffisance de soins, elle traduit aussi des lacunes sociales de conditions de vie et de travail et des progrès restent à faire sur ce plan.

Bibliographie

[1] MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la santé et la protection sociale 1988 - 1991*. CREDES, 1994, 93 p. (biblio 999).

[2] AGUZZOLI F., LE FUR Ph, SERMET C., *clientèle et motifs de recours en médecine libérale*, CREDES, 1994, 343 p. (biblio 1008).

[3] MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., *Evolution de la consommation médicale des personnes âgées*. « Gérontologie et Société », 1997, n° 81, p. 173-186.

[4] TONNELIER F., VIGNERON E. *Géographie de la santé en France*. C.R.E.D.E.S., P.U.F., « Que sais-je ? » n° 3435, 1999/02, 127 pages. Prix net : 42,00 Frs.

⁵

n'appartenant pas à des professions de santé dont les diplômes sont reconnus en France

- [5] COM-RUELLE L., DUMESNIL S., *Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux. France 1995*, CREDES, 1999/6, 170 p. (biblio 1269).
- [6] FREROT L., LE FUR Ph., LE PAPE A., SERMET C. , *L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique*. CREDES, 1999/8, 247 p. (biblio 1276).
- [7] LECOMTE Th., LE PAPE A., *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97*. CREDES, 1999/09, 100 p. (biblio 1277).
- [8] WEILL A., RICORDEAU Ph ., BOURREL R., VALLIER N., FENDER P., ALLEMAND H., *Programme national de santé publique. La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux en 1998*. Paris, 1999/10, Echelon national du service médical, CNAMTS, 56 p.
- [9] BOCOgnANO A., DUMESNIL S., FREROT L., GRANDFILS N., LE FUR Ph, SERMET C., *Santé, soins et protection sociale en 1998*. CREDES, 1999/12, 168 p. (biblio 1282).
- [10] MESRINE A., *Les différences de mortalité par milieu social restent fortes*, Données sociales. La société française, INSEE 1999 p. 228-235.
- [11] COM-RUELLE L., CRESTIN B., DUMESNIL S., *L'asthme en France selon les stades de sévérité*. CREDES, 2000/2, 182 p. (biblio 1290).
- [12] TILLY B., GUILHOT J., SALANAVE B., GARIGUE P., FENDER P., ALLEMAND H., *Programme national de santé publique. Enquête nationale de l'Assurance maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999*. Paris, mai 2000, Echelon national du service médical, CNAMTS, 70 p.
- [13] MOUQUET M.C. : « *les motifs d'hospitalisation en 1998* » Etudes et résultats, N° 81, DREES, 2000/9.
- [14] BOCOgnANO A., COUFFINHAL A., DUMESNIL S., GRIGNON M., *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?* CREDES, 2000/10, 143 p. (biblio 1317).