

Mélanges

Accès aux soins de spécialistes

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

L'intérêt d'Henri PICHERAL, pour l'économie médicale s'est manifesté dès ses premiers travaux et ne s'est jamais départi depuis. Cet intérêt l'a conduit à accompagner et soutenir la Division d'Economie Médicale du CREDOC, puis le CREDES dès sa création. Membre du Conseil Scientifique du CREDES, il a été l'un des principaux artisans des congrès de géographie et socio-économie de la santé. La distance entre Montpellier et Paris n'a pas freiné le développement d'une collaboration fructueuse et d'une amitié paisible et chaleureuse.

Comment se soignent les différents groupes sociaux

Les formes et les fréquences d'appel au système de soins varient d'une personne à l'autre. Outre le rôle de l'équation personnelle de chacun, de son état de santé, de son histoire, les comportements vis-à-vis des soins sont aussi liés à des caractéristiques collectives, telles que l'environnement familial, géographique, économique et social.

L'amplitude et le sens même des différences sociales de recours aux soins divergent selon les types de soins ; ainsi les recours aux soins de spécialistes sont plus élevés pour les groupes favorisés, alors que les visites de généralistes au domicile du patient sont plus fréquentes pour les groupes défavorisés. Les personnes appartenant à des groupes défavorisés sont plus souvent soignées à l'hôpital ou à leur domicile par des généralistes et des infirmières alors que les groupes les plus favorisés ont plus souvent recours à la médecine technique ou spécialisée en secteur libéral. Au niveau agrégé des dépenses, ces effets de sens contraires s'annulent en partie et la consommation médicale totale varie peu selon les groupes sociaux : c'est la nature des soins auxquels l'on recourt et la structure des consommations qui sont différentes.

Dans un premier temps nous décrivons les différents modes de recours aux médecins ; dans une deuxième partie nous analysons en quoi les recours aux spécialistes diffèrent selon le milieu social, et en troisième lieu, nous présentons quelques exemples de substitutions aux soins de spécialistes, par des soins de généralistes ou des hospitalisations, selon le milieu social.

1. Diffusion des soins de médecins

En ville ou à l'hôpital les contacts avec le corps médical sont fréquents, 87 % des personnes consultent au moins une fois un médecin dans l'année². Au cours d'une année la majorité de la population (53 %) consulte à la fois au moins un généraliste et un spécialiste³, 27 % des personnes consultent exclusivement des omnipraticiens, et 6 % exclusivement des spécialistes.

La dépense en soins de médecins par personne, pour les patients non hospitalisés, est répartie à peu près également entre généralistes et spécialistes ; en 2000, tous payeurs confondus (Sécurité sociale,

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

² les résultats présentés dans cet article sont issus de l'appariement pour l'année 2000 (et éventuellement 1995) de l'« Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux » des Caisses d'Assurance Maladie et de l'« Enquête Santé Protection Sociale » du CREDES ; la méthode est présentée dans A. Aligon et al. 2001.

³ Les spécialistes, 47 % des médecins, se distinguent des omnipraticiens essentiellement par les diplômes, la pratique clinique, les équipements utilisés et les pathologies prises en charge, les tarifs de base de remboursement et les honoraires.

couvertures complémentaires, patient), elle est d'environ 100 euros pour les soins de généralistes et 110 euros pour ceux de spécialistes.

Huit personnes sur dix voient au moins une fois un omnipraticien dans l'année, 12,5 % une seule fois, 20 % deux ou trois fois, 10 % des personnes consultent 13 fois ou plus.

1.1. Les spécialités

Les spécialistes auxquels la population a le plus souvent recours sont les radiologues et les ophtalmologues, pour les femmes les gynécologues et pour les enfants les pédiatres ; viennent ensuite les dermatologues, les O.R.L., les cardiologues, les chirurgiens. En un an les autres spécialistes (psychiatres, pneumologues, urologues, stomatologues, etc.) sont consultés chacun par moins de 5 % de la population (cf. tableau I).

Tableau I: Recours aux médecins dans l'année selon la spécialité

	% de consommateurs	parmi ceux ayant consulté		
		% consultent une seule fois	% consultent deux fois	% consultent 5 fois ou plus
Anesthésiste	4,3	46,4	33,0	2,2
Cardiologue	5,9	16,0	41,4	16,1
Chirurgien	5,8	54,6	26,6	4,9
Dermatologue	10,9	62,1	19,5	6,5
Gastro-entérologue	3,0	51,2	24,5	6,0
Gynécologue*	26,7	48,2	26,1	11,0
Ophtalmologue	22,9	71,8	16,6	3,5
O.R.L.	7,4	60,5	19,4	6,9
Pédiatre**	21,2	36,9	19,0	23,3
Psychiatre	1,7	25,2	7,1	51,9
Radiologue	24,8	56,8	23,4	6,8
Rhumatologue	3,9	32,2	28,0	18,8
Généraliste	79,5	15,7	13,0	49,5

* les pourcentages de consommateurs sont calculés sur les seuls enfants de moins de 17 ans

** les pourcentages de consommateurs sont calculés sur la seule population féminine

Données : appariement EPAS-ESPS 1995

Le nombre de séances par patient est très différent selon la nature de la spécialité : 1,7 % des personnes consultent au moins une fois un psychiatre libéral par an et un quart d'entre elles une seule fois et un quart plus de 12 fois ; alors que, parmi les 22,9 % des personnes consultant au moins une fois un ophtalmologue, les trois quarts ne l'ont consulté qu'une seule fois.

Les patients consultant un ophtalmologue, un ORL ou un radiologue ne le voient en majorité qu'une seule fois dans l'année, et à l'inverse les patients des psychiatres, des pédiatres, des rhumatologues ou des cardiologues voient souvent ces spécialistes.

D'une manière générale, outre les généralistes, ce sont les spécialistes les plus nombreux (gynécologues, radiologues, ophtalmologues) qui sont consultés par la plus grande proportion de personnes. Deux critères modifient ce constat, le rythme des consultations pour chaque patient et l'implantation des spécialistes sur le territoire. Ainsi les psychiatres sont relativement nombreux, mais 2 % de la population seulement les consultent, alors que les radiologues, un peu moins nombreux, sont consultés par 25 % de la population. Les spécialistes relevant de certaines spécialités (gastro-

entérologie, neurologie etc.) sont plus concentrés dans les centres des villes, à proximité des hôpitaux, spécialement des hôpitaux universitaires, et sont en moyenne plus éloignés de la population.

Les trois quarts des séances de généralistes et le tiers de celles de spécialistes ont lieu à l'initiative du patient, les autres sont initiées par un médecin ; la proportion de séances à l'initiative du patient varie fortement selon la spécialité du médecin, elle est maximum pour les généralistes, les pédiatres, les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues, et minimum pour les anesthésistes, les radiologues, les chirurgiens et les cardiologues (Cf. tableau II).

Tableau II : Recours aux médecins dans l'année et caractéristiques de l'offre selon la spécialité

	% consommateurs ¹	Nombre de séances par consommateur ¹	% de recours spontanés ²	% de dépassement / honoraires ³	Distance moyenne ⁴
Anesthésiste	4,3	1,83	4,2	9,6	
Cardiologue	5,9	3,13	17,9	3,7	5,80
Chirurgien	5,8	1,95	17,0	23,1	6,88
Dermatologue	10,9	1,99	65,0	16,0	6,24
Gastro-entérologue	3,0	1,99	25,5	7,5	7,43
Gynécologue*	26,7	2,38	46,6	21,7	5,32
Ophtalmologue	22,9	1,57	59,4	18,4	4,77
O.R.L.	7,4	1,93	37,3	17,0	6,55
Pédiatre**	21,2	3,34	74,5	13,5	6,35
Psychiatre	1,7	10,51	39,7	9,4	6,15
Radiologue	24,8	2,01	15,7	1,9	5,00
Rhumatologue	3,9	3,01	31,4	14,5	7,42
Généraliste	79,5	5,06	78,6	5,7	0,57

* les pourcentages de consommateurs sont calculés sur les seuls enfants de moins de 17 ans

** les pourcentages de consommateurs sont calculés sur la seule population féminine

Sources : 1 données : appariement EPAS-ESPS 1995

2 Auvray L., Dumesnil S. *Le Fur P.*, 2001

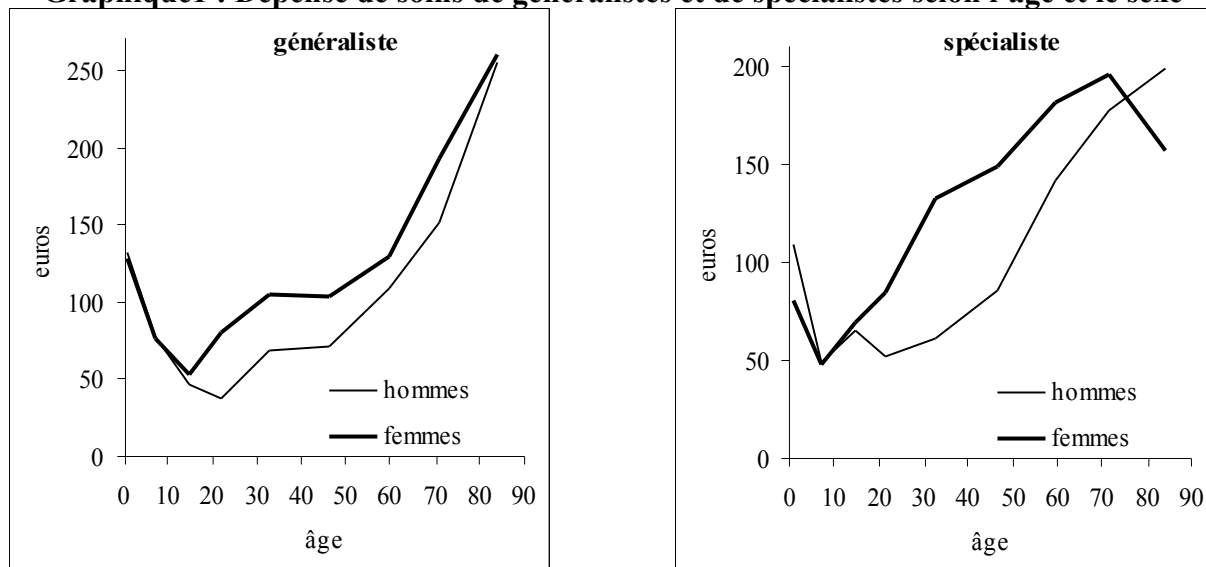
3 Borjes-Maskulova V., Garry F., 2002

4 Lucas V., Tonnellier F., 1995

1.2. Les soins de spécialistes selon l'âge et le sexe

La dépense de soins de généralistes comme de spécialistes présente un maximum local chez le nourrisson ; elle décroît jusqu'à un minimum, avant 10 ans pour le spécialiste, vers 20 ans pour le généraliste ; elle augmente ensuite jusqu'aux âges avancés pour le généraliste, alors qu'elle recommence à diminuer pour le spécialiste après 70 ans (Cf. graphique 1). Aux âges les plus fragiles, nourrissons et personnes très âgées, la dépense de soins de spécialistes est inférieure à celle de généralistes, alors que c'est le contraire pour les adultes après l'adolescence et jusqu'à 70 ans. Avant 80 ans, les femmes adultes ont, à tous les âges, une dépense de soins de spécialistes supérieure à celle des hommes.

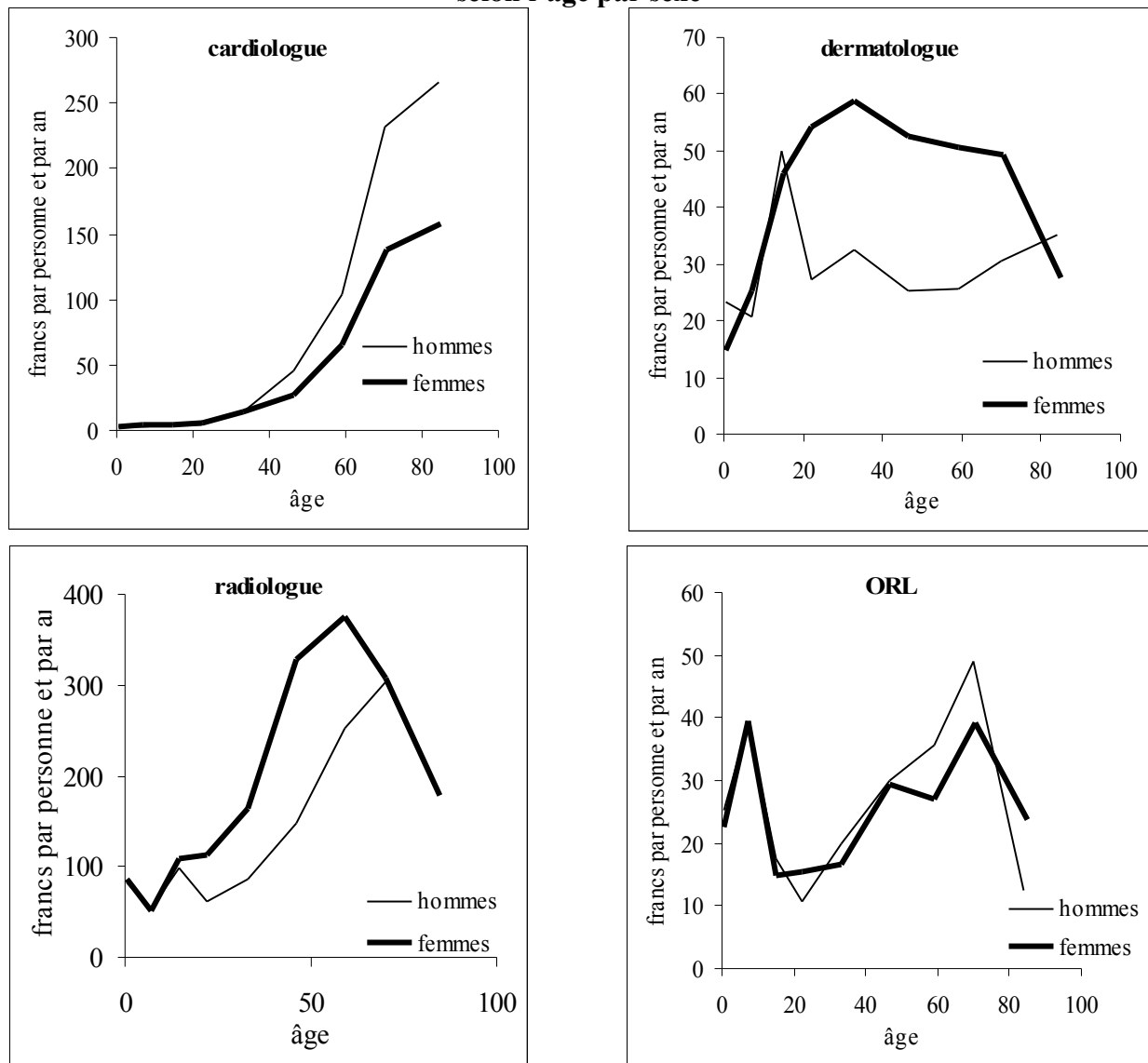
Graphique 1 : Dépense de soins de généralistes et de spécialistes selon l'âge et le sexe



Données : appariement ESPS-EPAS 2000

Les profils de variation des consommations médicales en fonction de l'âge et du sexe dépendent en partie de la ventilation retenue. Ainsi, par exemple, les soins de cardiologues augmentent avec l'âge tout au long de la vie, et contrairement à l'ensemble des spécialistes, sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes ; la radiologie et les soins de dermatologues sont supérieurs pour les femmes avant 80 ans, mais alors que la radiologie augmente avec l'âge, les soins de dermatologues diminuent. Les soins d'ORL sont maximum pour les enfants (Cf. graphique 2).

Graphique 2 : Dépense de soins d'ORL, de cardiologues, de dermatologues et de radiologues selon l'âge par sexe



Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Notons que même pour les spécialistes traitant de maladies augmentant avec l'âge, comme les rhumatologues, les ORL ou les psychiatres, les recours diminuent au delà de 80 ans, mettant en évidence le problème de l'accès aux spécialistes des personnes âgées. Comme les spécialistes se rendent très rarement au domicile du patient, les personnes très âgées, se déplaçant difficilement, sont médicalement prises en charge par les généralistes ou sont hospitalisées lorsqu'elles ont besoin d'examen ou de soins spécialisés.

2. Différences sociales de consommations médicales

Le milieu social est un indicateur résumé de la situation sociale de toutes les personnes partageant le même logement, basé sur la profession exercée par la personne de référence du ménage, ou la dernière profession pour les retraités, les chômeurs, etc. Nous distinguons les 'agriculteurs', les 'indépendants' les 'cadres supérieurs' (et professions libérales), les 'professions intermédiaires', les 'ouvriers qualifiés', les 'ouvriers spécialisés et manœuvres', et dans la mesure du possible nous ventilons les 'employés' en 'employés de commerce ou de service' et 'employés de bureau'. Le milieu social peut

être considéré comme un indicateur d'appartenance à un groupe plus ou moins favorisé dans la mesure où il est lié à d'autres caractéristiques socio-économiques, telles que le revenu, le niveau de vie, le niveau d'instruction, le mode de protection, la couverture complémentaire, le chômage, etc.

2.1. Structures de soins

Les '*ouvriers spécialisés et manœuvres*'⁴ se distinguent par un fort recours à l'hospitalisation complète, une consommation importante de soins de généralistes, d'infirmières, spécialement à domicile et de transport sanitaire, et au contraire une faible consommation de soins de spécialistes, de dentistes et d'optique. Les recours des '*ouvriers spécialisés et manœuvres*' sont particulièrement faibles pour le dermatologue, le gynécologue, le pédiatre et l'ophtalmologue. Quant à l'hospitalisation, elle est relativement élevée aussi bien pour les adultes que pour les enfants, et plus forte dans les services de médecine et de spécialités médicales que dans ceux de chirurgie et de spécialités chirurgicales. Ce profil de consommation de soins se retrouve aussi bien sur les recours à chaque type de soins (pourcentage de consommateurs en une année), qu'en termes de dépenses annuelles par personne.

Deux autres groupes sont assez proches, les '*ouvriers qualifiés*' et les '*employés de commerce et de service*' qui présentent à peu près le même profil de consommation mais moins accentué : hospitalisation encore élevée mais se rapprochant de la moyenne, et recours aux spécialistes et au dentistes inférieure à la moyenne mais s'en rapprochant aussi.

Les '*indépendants*', essentiellement des artisans et petits commerçants, sont les plus faibles consommateurs de soins, ils associent une consommation hospitalière et de transport nettement inférieure à la moyenne à une consommation de soins de ville faible mais très spécifique : proche de la moyenne pour les soins de dentiste et d'optique, la consommation des '*indépendants*' est relativement faible pour les soins de généralistes au domicile et la pharmacie prescrite.

Les '*cadres supérieurs*' ont la consommation la plus élevée de soins de spécialistes, de dentistes, d'optique et au contraire la plus faible hospitalisation complète (en particulier en médecine et spécialités médicales), ainsi que de transport sanitaire et de soins infirmiers.

Les '*professions intermédiaires*' ont le même profil de recours aux soins que les '*cadres supérieurs*' mais moins prononcé ; leur consommation de soins de spécialistes, de dentistes et d'optique est supérieure à la moyenne mais dans de moindres proportions que celle des '*cadres supérieurs*' ; leurs autres consommations sont proches de la moyenne.

Les '*employés de bureau*' ont des consommations proches de la moyenne pour pratiquement tous les types de soins sauf pour l'hospitalisation, les transports et les soins infirmiers, qui sont inférieurs.

Dans ce continuum social, les personnes protégées par la Couverture Maladie Universelle se distinguent par une consommation hospitalière élevée par rapport aux personnes de même âge et de même sexe, un fort recours aux généralistes et un faible recours aux spécialistes, ce profil des soins est proche de celui des '*OS-manœuvres*', quoique plus accentué (I. Girard-Le Gallo, 2002).

2.2. Les recours aux médecins

La consommation de soins de médecins des patients non hospitalisés, varie peu selon le milieu social, aussi bien en termes de recours, de nombre d'actes (ou de séances) que de dépenses. En un an, les professions intermédiaires et les employés sont proportionnellement les plus nombreux à voir au moins une fois un médecin dans l'année, les indépendants et les OS les moins nombreux. Les cadres supérieurs et les employés ont la plus forte dépense tant par personne que par consommateur. La consommation par consommateur traduit à la fois le nombre de séances et le prix moyen de la séance,

⁴ Pour simplifier l'expression, nous regroupons sous ce terme tous les membres du ménage dont la personne de référence est '*ouvrier spécialisé ou manœuvre*' ; la même convention est utilisée pour les autres catégories sociales.

ainsi la consommation par consommateur élevée des OS est induite par un nombre important de séances, celle des cadres supérieurs par un prix élevé de la séance.

Une partie des différences de consommation de soins de médecins entre groupes sociaux peut s'expliquer par des pyramides d'âge différentes. Les employés, les indépendants et les OS comptent les plus forts pourcentages de personnes de 65 ans et plus, par contre les ouvriers qualifiés comptent proportionnellement le plus d'enfants. Le groupe des employés présente en outre un fort pourcentage de femmes et spécialement de femmes âgées.

Pour prendre en compte les effets de ces différences, on calcule des indices de consommation redressés par âge et sexe. Ce sont surtout les employés, groupe âgé et très féminin et les indépendants, dont la position par rapport aux autres groupes est modifiée ; leur consommation redressée par âge et sexe étant relativement moins élevée que leur consommation brute, alors que c'est l'inverse pour les ouvriers qualifiés qui sont en moyenne plus jeunes. Ainsi, pour la consommation de soins de médecin, le redressement par âge et sexe rapproche les employés de la moyenne, et celle des ouvriers qualifiés de celle des OS et des indépendants mettant en évidence leur moindre consommation.

Au niveau de la consommation globale de médecin, on observe une homogénéité apparente qui masque des différences importantes quant au type de médecins consultés, généralistes ou spécialistes, aux lieux des séances, cabinet ou domicile du patient et à la spécialité du médecin ; ainsi, si la dépense de généralistes au domicile du patient des OS-manœuvres est supérieure de 79 % à celle des cadres supérieurs, leur dépense de spécialistes est inférieure de 74 % (Cf. tableau III).

Tableau III : Consommation de soins de généralistes et de spécialistes selon milieu social
(indices redressés par âge et sexe, 1 = moyenne de la population)

	Indices des % de consommateurs en un an		Indices des dépenses par personne par an		% dépenses spécialistes / médecin
	Généralistes	Spécialistes	Généralistes	Spécialistes	
Exploitants agricoles	0,98	0,82	0,92	0,71	45,0
Indépendants	0,91	0,88	0,88	0,84	51,2
Cadres supérieurs	0,96	1,11	0,93	1,36	61,9
Professions intermédiaires	1,03	1,10	1,00	1,12	55,1
Employés de bureau	1,02	1,05	1,09	1,14	53,4
Employés de commerce	0,95	0,95	1,02	0,83	46,8
Ouvriers qualifiés	1,03	0,98	1,05	0,87	47,3
OS, manœuvres	1,02	0,90	1,06	0,89	47,1
Ensemble	1,00	1,00	1,00	1,00	52,1

Données : appariement ESPS-EPAS 2000

Dans tous les milieux sociaux les consommations de soins de spécialistes des femmes sont supérieures d'environ 60 % à celles des hommes et les différences de consommations selon le milieu social sont proches pour les femmes et les hommes.

2.3. Les soins de spécialistes par spécialité

Les recours aux spécialistes selon les groupes sociaux varient de manière différente selon la spécialité des médecins. Ainsi, les recours au pédiatre, au gynécologue et au dermatologue sont plus fréquents dans les milieux favorisés, et leur clientèle présente le plus fort gradient social. Les affections traitées par les médecins de ces trois spécialités le sont fréquemment aussi par les généralistes, contrairement

aux radiologues ou aux ophtalmologues, et de fait les différences sociales sont moins marquées pour ces deux spécialités (cf. tableau IV). Les pédiatres et les gynécologues sont souvent consultés à des fins de prévention et c'est dans ce champ que les différences sociales sont les plus marquées, au détriment des moins favorisés.

Tableau IV : Recours aux spécialistes par spécialité et milieu social

(% de consommateurs en un an, coefficients de variation des indices redressés par âge et sexe selon le milieu social)

	effectif	Généraliste	Pédiatre*	Dermatologue	Psychiatre	Gynécologue**	Rhumatologue	Cardiologue	ORL	Radiologue	Ophtalmologue
Cadres supérieurs	2153	74,6	35,5	16,5	2,7	34,1	4,7	7,3	8,6	28,1	27,9
Prof. Interm.	4101	81,3	22,9	13,3	2,3	34,1	4,5	6,3	8,3	27,7	25,8
Employés	2679	82,1	26,7	11,6	2,7	25,4	5,1	6,6	8,4	26,4	25,7
Ouvriers qualifiés	6175	80,6	15,0	8,2	0,9	22,9	3,0	4,8	6,2	22,6	19,4
OS, manœuvres	1699	77,8	17,2	7,2	1,1	19,0	3,1	5,9	6,4	20,1	18,5
Indépendants	1476	75,4	21,2	10,8	1,3	24,1	4,0	6,7	7,6	26,0	23,4
Autres et n.d.	459	73,9	18,5	9,6	1,3	26,4	4,4	3,3	6,8	18,1	17,7
Ensemble	18742	79,5	21,2	10,9	1,7	26,7	3,9	5,9	7,4	24,8	22,9
CV (% de consommateurs)		15,2	34,1	31,0	42,5	21,2	17,1	12,7	14,9	13,0	17,9
CV (dépenses)		6,9	39,6	31,1	65,6	26,1	22,3	19,5	16,2	15,9	15,9

CV = coefficient de variation = (écart-type inter-classe) / moyenne

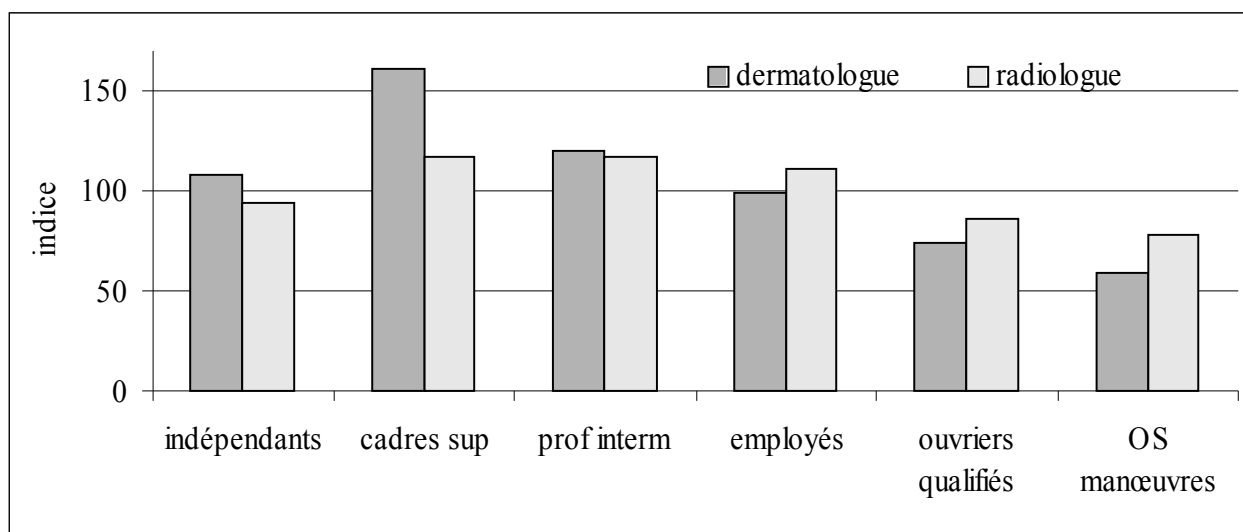
* les pourcentages de consommateurs sont calculés sur les seuls enfants de moins de 17 ans

** les pourcentages de consommateurs sont calculés sur la seule population féminine

Source : appariement ESPS-EPAS 1995

Ainsi par exemple, pour un même âge et un même sexe, les cadres dépensent en moyenne 50 % de plus que les OS-manœuvres en radiologie et 175 % de plus en dermatologie (Cf. graphique 3).

Graphique 3 : Dépense de dermatologue et de radiologue selon le milieu social
(indices redressés par âge et sexe, 100 = moyenne de la population)



Données : appariement ESPS-EPAS 1995

Aucune spécialité n'apparaît comme l'apanage des groupes défavorisés.

Les soins médicaux non remboursés, chirurgie esthétique, densitométrie osseuse, parodontologie, psychothérapie en cabinet libéral, ... ne sont pas observés et présentent sans doute un très fort gradient social au bénéfice des groupes favorisés, de même que les produits pharmaceutiques non prescrits.

2.4. Prix, tarifs et dépassements

Outre les aspects sociaux, culturels, familiaux, des contraintes de nature économique pèsent aussi sur les comportements des patients : prix des soins et proximité aux producteurs ou aux distributeurs.

Malgré un système de protection sociale obligatoire généralisé et le caractère jugé indispensable des soins, les prix pèsent sur la consommation médicale : 15 % des adultes déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois pour des motifs financiers, 9 % à des soins ou des prothèses dentaires et 4 % à des soins de médecins dont les trois quarts pour les soins de spécialistes. 12 % des renoncements à des soins de spécialistes sont déclarés définitifs, et 38 % des soins de généralistes ; dans les autres cas, il s'agit de reports, les enquêtés ayant l'intention de recevoir ces soins ultérieurement (L. Auvray, S. Dumesnil, P. Le Fur, 2001).

Les couvertures complémentaires prennent en charge tout ou partie du montant non remboursé par la Sécurité Sociale, le prix d'un même bien, par exemple une consultation de dermatologue, n'est donc pas le même pour tous les patients, selon qu'ils sont couverts ou non par un organisme complémentaire et la qualité de ce remboursement. Le ticket modérateur de la Sécurité sociale et les dépassements restent intégralement à la charge des personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire.

Les taux de remboursement effectifs de la Sécurité sociale sont engendrés par deux mécanismes réglementaires :

- la prise en charge à 100 %, dans la limite des tarifs, de soins liés à une affection dite de longue durée, une grossesse ou appartenant à une liste de soins lourds,
- le dépassement d'honoraires pour les médecins à honoraires libres.

Pour les soins de médecins, ces deux mécanismes conduisent à des taux effectifs de remboursement proches, 71,7 % pour les généralistes et 70,7 % pour les spécialistes (Cf. tableau V).

Pour les spécialistes, le dépassement représente 39 % des montants non remboursés et le ticket modérateur 61 % ; pour les généralistes la part du dépassement est moins importante (21 %) et celle du ticket modérateur plus importante (79 %).

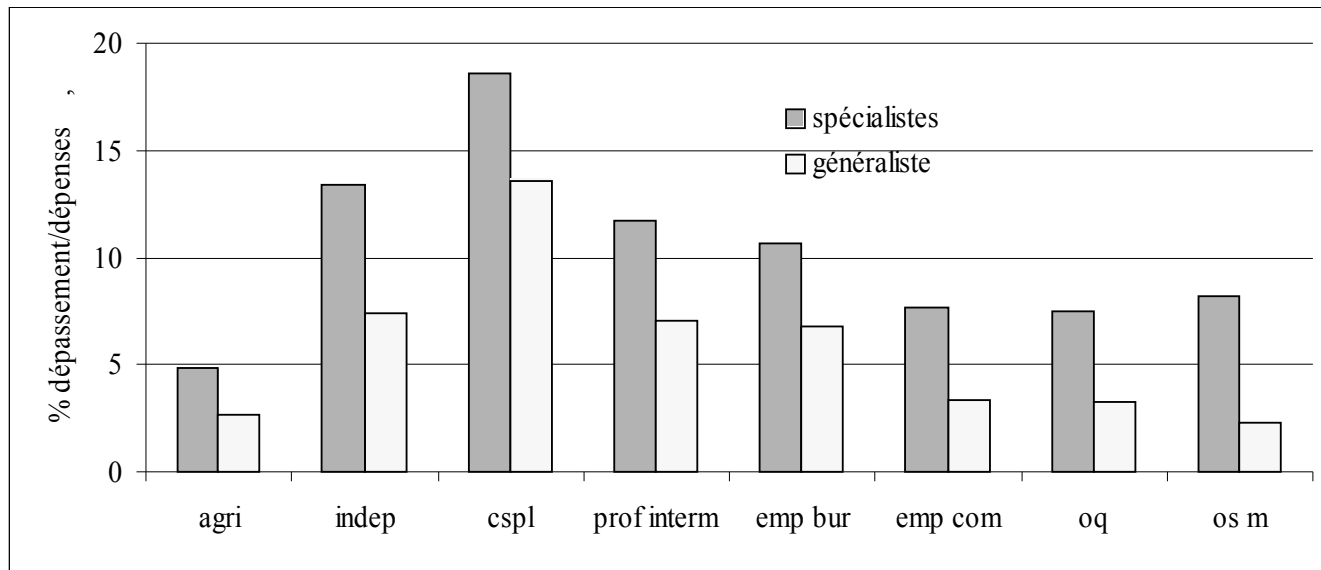
**Tableau V : Décomposition de la dépense de généralistes et de spécialistes
remboursement de Sécurité sociale, ticket modérateur, dépassement en % de la dépense**

	généralistes	spécialistes
Remboursement de Sécurité sociale	71,7	70,7
Ticket modérateur	22,3	17,8
Dépassement	6,0	11,6
Dépense	100	100

Données : appariement ESPS-EPAS 2000

Les dépassements moyens sont maximum pour les cadres supérieurs et les indépendants, faibles pour les ouvriers et les employés de commerce et minimum pour les exploitants agricoles (Cf. graphique 4).

Graphique 4 : Part du dépassement dans la dépense de généralistes et de spécialistes selon le milieu social



Données : appariement ESPS-EPAS 2000

Hors CMU, la protection par une couverture complémentaire et sa qualité varient selon le milieu social : si près de 95 % des cadres supérieurs et des professions intermédiaires en bénéficient, environ 85 % des employés de bureau et des ouvriers qualifiés, 72 % des OS-manœuvres et 69 % des employés de commerce sont ainsi protégés ; de plus, le niveau du remboursement complémentaire est gradué selon le niveau social (Boccognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M., 2000).

Une partie de l'effet du milieu social est un effet masqué ou indirect de la couverture complémentaire (effet prix), et si on ventile doublement, catégorie sociale et couverture complémentaire, à milieu social donné l'effet de la couverture complémentaire est sensible : les employés et ouvriers sans couverture complémentaire recourent moins souvent que les employés et les ouvriers avec couverture complémentaire, aux spécialistes mais aussi aux généralistes, ils ont moins souvent des examens biologiques, recourent moins au kinésithérapeutes. Par contre, ils sont plus souvent hospitalisés (An Mizrahi, Ar Mizrahi, 1994).

3. Substitutions entre soins de spécialistes et autres soins au niveau des groupes sociaux

Les soins de spécialistes présentent dans leur ensemble un fort gradient social, variable selon les spécialités. Devant certains problèmes de santé, d'autres types de soins sont susceptibles de les remplacer :

- ceux de généralistes, les enfants peuvent être suivis par des pédiatres ou des généralistes, les femmes par des gynécologues ou des généralistes, etc.
- l'hospitalisation, pour des personnes sans pathologie associée ni dépendance lourde, certaines hospitalisations peuvent être remplacées par des soins ou des examens spécialisés de ville, des interventions en chirurgie ambulatoire,
- ceux d'autres professionnels de santé, psychologues, kinésithérapeutes,...

3.1. Soins de généralistes

Si globalement les cadres supérieurs et les professions intermédiaires ont une consommation plus importante de soins de médecin que les ouvriers non qualifiés et les artisans et commerçants, les liens

de substitution ou de complémentarité entre soins de médecins se traduisent dans les recours différenciés aux spécialistes et aux généralistes. Les faibles recours aux premiers pouvant être en quelque sorte « compensés » ou remplacés par un plus fort recours aux seconds. Ainsi les cadres supérieurs ont la plus forte consommation de soins de spécialistes, tant en termes de recours que de dépense mais cette consommation est associée à un plus faible recours aux généralistes, en particulier à domicile et une faible dépense par consommateur. Par contre les professions intermédiaires et les employés de bureau cumulent en quelque sorte les recours aux généralistes et aux spécialistes. La part des dépenses de spécialistes dans les soins de médecins passe de 62 % pour les cadres supérieurs à 47 % pour les ouvriers et les employés de commerce (Cf. tableau III), dont les comportements semblent ainsi proches de ceux des personnes protégées par la CMU (46 %, d'après les données d'I. Girard-Le Gallo 2002).

A partir d'un certain niveau de consommation, la demande en soins d'omnipraticien est saturée et, à ces soins se substituent ceux de spécialistes, substitution visible pour les groupes économiquement et culturellement favorisés (cadres supérieurs, professions libérales, ménages dont la personne de référence a fait des études supérieures, ceux ayant des hauts revenus et ceux résidant à Paris ou en proche banlieue – ces caractères étant liés ; divers facteurs peuvent expliquer ces différences, des raisons financières (dépassements), matérielles (les cabinets des spécialistes sont plus souvent situés dans les centres des villes ou les quartiers résidentiels), sociales et culturelles.

3.2. Hospitalisation

Au niveau des groupes sociaux, l'hospitalisation apparaît plus substitutive que complémentaire des soins de spécialistes. Les groupes ayant un fort recours aux soins de spécialistes ont une faible consommation hospitalière et inversement les groupes ayant un faible recours aux soins de spécialistes ont une forte consommation hospitalière.

L'hospitalisation en court séjour est maximum pour les OS et minimum pour les cadres supérieurs ; la consommation hospitalière plus importante des OS tient surtout au fait qu'ils sont plus souvent hospitalisés alors que la consommation moins importante des cadres supérieurs tient en partie au fait que leur consommation est moins élevée quand ils sont hospitalisés, moins de séjours, séjours plus courts ou interventions moins importantes (en moyenne). Les professions intermédiaires ont une consommation hospitalière plus élevée que celle des cadres supérieurs mais encore inférieure à la moyenne générale de même que les indépendants alors que les employés et les ouvriers qualifiés ont une consommation légèrement supérieure à la moyenne. Les taux de recours, en terme de pourcentage de personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année varient dans le même sens.

Les différences d'hospitalisation selon le milieu social sont plus accentuées en médecine qu'en chirurgie. Ce que l'on retrouve pour les personnes protégées par la CMU (I. Girard-Le Gallo 2002)..

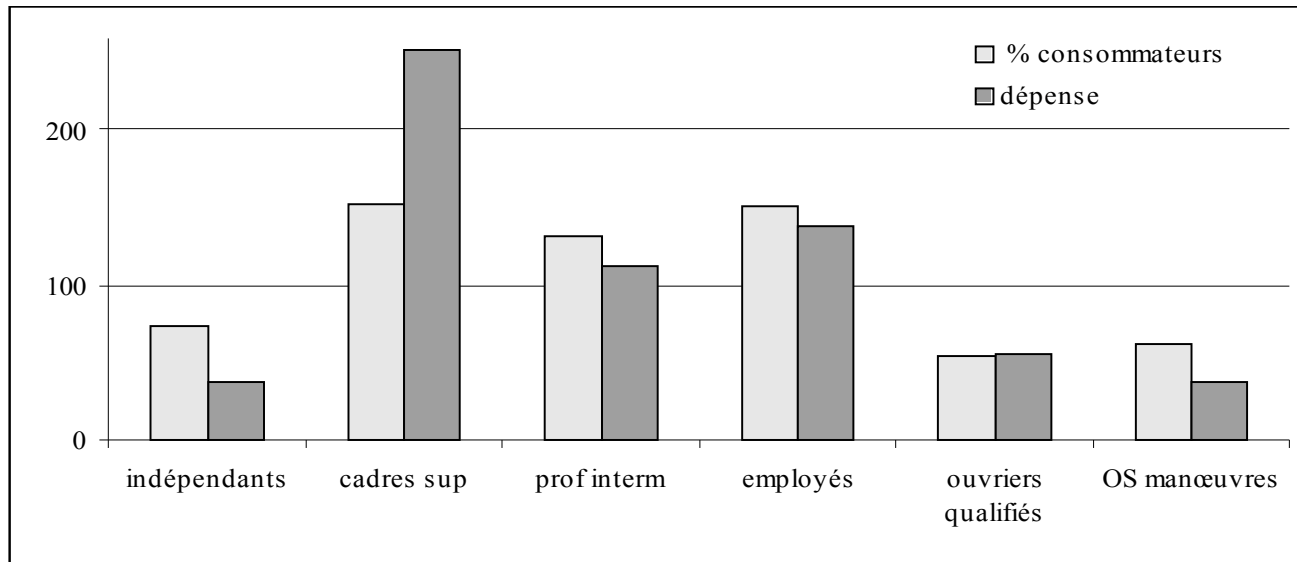
En médecine (ou spécialités médicales), la consommation plus importante des OS tient surtout à leur plus grande proportion d'hospitalisés au moins une fois dans l'année alors que les cadres le sont moins souvent ; les autres groupes sociaux s'échelonnent entre ces deux extrêmes.

3.2.1. La psychiatrie

Le recours aux psychiatres libéraux est plus fréquent dans les milieux favorisés que dans les milieux ouvriers, et la différence est encore plus forte en terme de nombre de séances et de dépenses (Cf. graphique 5). Inversement l'hospitalisation complète ou de jour dans des services de psychiatrie, de même que la fréquentation d'institution de soins et d'études pour les enfants et les adolescents handicapés mentaux ou souffrant de troubles psychiatriques est nettement plus forte pour les ouvriers que pour les cadres. Résultat largement confirmé par l'enquête « *Handicap Infirmités Dépendance* » de l'INSEE : les ouvriers sont beaucoup plus souvent présents dans les établissements psychiatriques

ou pour handicapés que les autres groupes sociaux et pour les enfants l'écart est encore plus accentué [P. Mormiche 1999] ; ici aussi, on retrouve un continuum suivant l'échelle sociale.

Graphique 5 : Soins de psychiatre selon le milieu social
(indices redressés par âge et sexe, 100=moyenne de la population)



Source : appariement EPAS-ESPS 1995

3.2.2. La chirurgie

Pour l'hospitalisation en chirurgie ou spécialité chirurgicale, les indépendants et les cadres supérieurs sont les plus faibles consommateurs et les OS, les consommateurs les plus importants (cf. tableau VI). Parallèlement, les cadres supérieurs et les indépendants ont plus d'interventions en chirurgie ambulatoire, ce qui permet d'éviter certaines hospitalisations. Les dépenses de chirurgie ambulatoire représentent environ 10 % de celles entraînées par l'hospitalisation complète en chirurgie ou spécialité chirurgicale, la compensation entre les deux ne peut donc être que limitée ; toutefois si l'on considère l'ensemble chirurgie, hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire, les différences entre groupes sociaux apparaissent moins importantes que sur la seule hospitalisation complète.

Tableau VI : Consommation de chirurgie selon le milieu social
(indices de dépenses redressés par âge et sexe, 1=moyenne de la population)

	Indépendant	Cadre sup.	Prof interm.	Employé	OQ	OS	Ensemble
En hospitalisation	0,78	0,82	0,98	1,08	1,08	1,22	1,00
En ambulatoire	1,40	1,27	1,02	0,85	0,89	0,95	1,00
Ensemble	0,83	0,86	0,99	1,06	1,06	1,20	1,00

Données : appariement ESPS-EPAS 1995

Les mêmes possibilités de substitution existent en médecine, pour certains examens ou séquences de soins mais elles sont plus difficiles à repérer.

Les autres consommations hospitalières complètes, soins de suite et de réadaptation, sont maximum pour les OS et les employés, minimum pour les cadres supérieurs suivis par les indépendants et les professions intermédiaires. Elles sont aussi élevées pour les personnes protégées par la CMU ; elles apparaissent complémentaires des hospitalisations en court séjour, au niveau des groupes sociaux.

3.3. *Les autres soins substitutifs*

Certains professionnels récemment apparus, en dehors de toute reconnaissance académique, prodiguent des soins en vue d'aider à conserver ou améliorer l'état de santé, tels les ostéopathes, naturopathes etc.. Les cadres sont parmi les plus nombreux, avec les professions intermédiaires et les indépendants, à avoir recours à ces praticiens et dans ce cas, on peut considérer qu'ils se substituent parfois à des soins de spécialistes, ostéopathe versus rhumatologue par exemple, les prix moyens des séances sont de l'ordre de ceux d'une séance de spécialiste (S. Dumesnil et al, 1997).

Les agriculteurs ont plus souvent recours aux guérisseurs ou aux rebouteux dont le prix moyen des séances est de l'ordre de celui d'une consultation de généraliste.

Conclusion

Les liaisons entre critères socio-économiques et recours aux soins recouvrent des phénomènes complexes mêlant des caractéristiques et des comportements individuels à des phénomènes collectifs. A un moment donné, en dehors des aléas individuels, elles traduisent :

- des états de santé différents

Le milieu social et l'état de santé ne sont pas indépendants l'un de l'autre, les groupes favorisés sont en moyenne en meilleure santé que les moins favorisés (G. Desplanques G., An Mizrahi, Ar Mizrahi, 1996 ; Haut Comité de la Santé Publique, 2002).

La nature de la liaison entre état de santé et le statut social est à double sens : pour être socialement favorisé il vaut mieux jouir d'une bonne santé, pour être performant et compétitif ; réciproquement, les personnes favorisées sur le plan social ont une plus grande probabilité d'être en meilleure santé. L'état de santé, à un moment donné, est le fruit, outre les conditions de vie actuelles et passées, des soins antérieurs et ne dépend pas que des soins actuels.

- l'effet du milieu social, de l'environnement au sens large, des modes de couverture et des prix différents

Dans les différents domaines de la vie, travail, loisirs, vie sociale etc.... les comportements des ouvriers et des ingénieurs, des personnes disposant d'un revenu élevé et des smicards sans parler des RMIstes, d'un alsacien ou d'un gascon ne sont pas les mêmes. Les personnes n'ont ni les mêmes expériences collectives, ni les mêmes références culturelles, professionnelles etc., leur recours aux soins est marqué des mêmes différences.

Des contraintes de nature économique ou géographique pèsent aussi sur les comportements des patients : prix des soins et proximité aux producteurs, facilités de déplacement.

- les comportements des producteurs de soins

Les traitements sont orientés par les médecins et les autres personnels soignants selon les possibilités thérapeutiques, ils le sont aussi selon certaines caractéristiques socio-économiques des patients, une chirurgie ambulatoire ou une dialyse à domicile ne peuvent être conseillées que si des conditions de logement permettent une hygiène suffisante, si la résidence du patient n'est pas trop éloignée, s'il peut être accompagné en cas de complication etc.

* * *

Exprimés en valeurs monétaires les soins peuvent s'ajouter les uns aux autres quelle que soit leur nature, mais devant des tableaux cliniques différents, une même dépense globale ne représente pas une

même manière de se soigner. Devant des situations proches, différentes possibilités de soins existent, le choix se pose par exemple pour certaines interventions entre hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire, il se pose de manière plus générale entre soins à domicile et hospitalisation, ce qui peut expliquer en partie que la dépense globale présente un moins fort gradient social que celle de soins de ville. De même, les dépenses de spécialistes présentent un plus fort gradient social que les dépenses de médecin dans leur ensemble, dans la mesure où, pour les groupes défavorisés, les recours aux généralistes compensent en partie la moindre consommation de soins de spécialistes.

Ces dépenses sont sous-tendues par des pathologies différentes et secondairement par des modes de recours différents à pathologie donnée, d'autant que le choix n'est que partiellement celui du patient ou de sa famille, c'est souvent le mode d'entrée dans le système de soins, hôpital ou cabinet, spécialiste ou généraliste, qui oriente la séquence de soins.

* * *

Bibliographie des travaux cités

ALIGON A., COM-RUELLE C., DOURGNON P., DUMESNIL S., GRIGNON M., RETAILLEAU A., 2001 : *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, Questions d'économie de la santé N° 1345, Paris : CREDES, 309 pages.

AUVRAY L., DUMESNIL S., LE FUR P., 2001 : *Santé, soins et protection sociale en 2000*, Paris : CREDES N° 1364, 194 pages.

BOCCOGNANO A., COUFFINHAL A., DUMESNIL S., GRIGNON M., 2000 : *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?*. Paris : CREDES N° 1317., 143 pages.

BORIES-MASKULOVA V., GARRY F., 2002 : « Le secteur libéral des professions de santé en 2001 : résultats provisoires (source SNIR) ». *Point Stat* N° 34, Paris : Direction des statistiques et des études, CNAMTS, 4 pages.

DESPLANQUES G., MIZRAHI An, MIZRAHI Ar, 1996 : « Mortalité et morbidité par catégories sociales », in « *Solidarité santé – Etudes statistiques* ». Paris : La documentation française, pages 163-245.

DUMESNIL S., GRANDFILS N., LE FUR PH., MIZRAHI AN., MIZRAHI AR., 1997, *Santé, soins et protection sociale en 1996*. Paris : CREDES, 218 pages.

GIRARD-LE GALLO I., 2002 : « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000 ». *Point Stat* N° 35, Paris : Direction des statistiques et des études, CNAMTS, 8 pages.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2002 : « Les inégalités et disparités de santé en France », in « *La santé en France 2002* ». Paris : La documentation française, pages 163-245.

LUCAS V., TONNELIER F., 1995 : *Distance d'accès aux soins en 1990*. Paris : C.R.E.D.E.S., CREDES 1098, 71 pages.

MIZRAHI An, MIZRAHI Ar, 1994 : *Protection maladie et disparités de consommation médicale*, Paris : CREDES 1114, 22 pages.

MORMICHE P., 1999, *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE première N° 669, Paris : INSEE, 4 p.

* * *