

# Comment se soigne-t-on en France ?

*Remerciements : à l'équipe du CREDES, plus spécialement à Dominique Polton, Catherine Ordonneau et Philippe le Fur qui nous ont facilité l'utilisation de leurs bases de données, à Jocelyne Merlière pour la transmission de statistiques, et à Thérèse Lecomte pour sa relecture attentive.*

## Résumé

De quoi est constituée la consommation médicale, qui se soigne, pourquoi et comment ? Quel sont les moteurs de l'augmentation des soins ? on trouvera dans cet ouvrage des éléments de réponse basés sur l'exploitation de données d'enquêtes statistiques.

En France, les habitants dépensent en moyenne 22 000 euros par personne et par an pour se soigner, soit près de 13 % de leur budget ; près de la moitié de cette dépense est consacrée aux soins hospitaliers et chaque année, une personne sur neuf passe au moins une nuit à l'hôpital ; plus du cinquième de la dépense est consacrée à la pharmacie, 13 % aux soins de médecins, 6 % aux soins de dentistes, etc. Tous, naturellement, ne se soignent pas autant : près de la moitié de la dépense est consacrée à 5 % seulement des patients, les plus gravement malades.

55 % des personnes consultent à la fois des généralistes et des spécialistes dans l'année, 26 % uniquement un ou plusieurs généralistes, 6 % un ou plusieurs spécialistes. 60 % des patients des ophtalmologues, des dermatologues et des ORL ne les consultent qu'une fois dans l'année alors que ce n'est le cas que de 16 % des patients des omnipraticiens et des cardiologues. Quatre personnes sur dix bénéficient d'au moins une analyse médicale. En un an, deux personnes sur trois ne consultent pas de dentiste, dont les soins sont, avec l'optique, les moins bien remboursés, tant par la Sécurité sociale que par les couvertures complémentaires.

La maladie est le motif premier des soins médicaux. Avec la gravité de la morbidité, le niveau et la nature des soins se modifie ; ainsi, la dépense moyenne dans la classe de pronostic vital le plus grave est sept fois supérieure à celle des personnes sans risque, mais de dix fois plus pour les soins hospitaliers et la pharmacie, de trois fois plus seulement pour les soins de médecins. La consommation médicale augmente avec l'âge, plus vite pour l'hospitalisation et la pharmacie, moins vite pour les soins de médecins. Cet effet de l'âge est dû à la dégradation de l'état de santé avec le vieillissement : à même niveau de morbidité, la consommation médicale ne dépend plus de l'âge.

Les femmes consomment plus de soins de ville et les hommes de soins hospitaliers et, par une sorte de compensation, la dépense totale des deux sexes est assez proche.

Les manières de se soigner varient selon les groupes sociaux ; les groupes favorisés consomment plus de soins dentaires, en particulier de prothèses, de soins médecins avec dépassement et d'optique, alors que les groupes défavorisés consomment plus de soins hospitaliers et de soins infirmiers ; les soins de généralistes, la pharmacie prescrite et la biologie sont relativement bien diffusés dans la population. L'effet du niveau de remboursement s'exerce plutôt sur la nature des soins que sur leur niveau global : les personnes mal remboursées, sans couverture complémentaire (mutuelle, assurance privée, CMU) consomment moins de soins de médecins et de dentistes, moins de pharmacie, moins de biologie, et au total, ont une dépense de soins ambulatoires moindre de 16 %, mais, avec une santé dégradée, une dépense d'hospitalisation supérieure de 18 %.

\* \*\* \*\*\* \*\*\*\*\* \*\* \*

## Introduction

Dès lors que les besoins élémentaires sont satisfaits, une part croissante de l'activité des hommes est consacrée à lutter contre les maladies et à développer des actions spécifiques tendant à réduire ou à en retarder la survenue (prévention médicale). Prendre soin de sa santé, prendre soin de soi, de ses enfants et de sa famille n'implique pas nécessairement une consommation de soins médicaux, la plupart des activités sont modifiées par cette préoccupation ; ainsi en est-il de l'activité professionnelle, du mode d'alimentation, de l'habillement, de l'hygiène, du logement, du sport et des activités de loisir,... Ces modifications des habitudes de vie peuvent être appelées « prévention non médicale » et leur champ couvre l'ensemble de la vie. Simultanément s'est développé un secteur spécifiquement médical, exclusivement consacré à la santé et faisant appel à des personnels ou à des biens médicaux (médecins, dentistes, infirmiers, pharmacie, lunettes,...).

L'objet de cet ouvrage est de décrire les différentes manières d'utiliser ces dispositifs de soins de la population résidant en France, qu'il s'agisse de services et biens médicaux pour la détection et le traitements des maladies, ou de prévention médicale.

### a. Genèse de la consommation médicale : *besoin, demande, consommation*

La consommation médicale, recours aux soins ou examens, est l'étape finale d'un processus complexe initié par un besoin, besoin induisant une demande, demande elle-même susceptible d'être satisfaite ou non. Avant de définir cette consommation nous allons tenter de préciser ce processus.

### b. Les besoins médicaux

Le besoin qui initie la consommation médicale est lié à une situation pathologique dans un contexte précis, c'est à dire en relation avec les connaissances médicales et les traitements disponibles à un moment et en un lieu. A partir d'un besoin réel supposé objectif, un besoin subjectif peut être ou non ressenti. Ce besoin ressenti peut s'exprimer sous forme d'une demande de soins par la personne ou sa famille. Cette demande peut être satisfaite ou non, la personne pouvant y renoncer pour des motifs financiers, par manque de temps, par 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. Demande qui à son tour peut être satisfaite ou non, le patient peut s'arrêter à ce niveau pour un ou des motifs déjà cités, il peut se limiter à une partie du traitement ou des examens prescrits, refuser une hospitalisation ou une intervention. Les professionnels eux-mêmes peuvent être dans l'impossibilité technique ou sociale de satisfaire la nouvelle demande, pénurie ou éloignement des équipements, files 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 par les interventions, tant des acteurs du système de santé que des conditions de vie de la personne.

Si les besoins « objectifs » sont globalement hors d'atteinte de la mesure actuellement, pour quelques affections données, certains consensus se dégagent parmi les professionnels pour définir des traitements souhaitables dans l'intérêt du patient. Prenons pour exemple du besoin non ressenti, le diabète qui peut être méconnu par le patient et détecté par le médecin du travail ou au cours de bilan de santé de la Sécurité sociale [16]. Lorsque, par ce biais ou à la suite d'une démarche spontanée la maladie est connue du patient et confirmée par un

médecin, la demande de soins basée sur ce besoin ressenti, ou du moins connu, n'est pas forcément satisfaite. Suite à la détection une demande de soins est formulée par les professionnels, qui à son tour pourra être ou non satisfaite, compte tenu des disponibilités techniques tant des professionnels que des équipements, des possibilités du patient etc..

Il a été dit que les besoins de soins sont « infinis » (en faisant référence à l'aphorisme « la santé n'a pas de prix ») ; cette assertion fait abstraction de la réalité vivante des patients. Le choix des patients face à des traitements contraignants ou fastidieux n'exprime pas que des obstacles financiers, ils attendent aussi des soins médicaux une aide pour vivre de manière aussi « normale » que possible ; consacrer une trop grande part de leur temps aux soins pourrait les éloigner de cet objectif, et ils recherchent donc un compromis. Par ailleurs d'autres manières de faire face à la maladie que les soins médicaux existent, comportements jugés plus sains, régime, activité physique, voire changement de profession, de cadre de vie etc. ou des recours à d'autres aides, médecines dites parallèles, association de malades etc.

Du côté des médecins, la notion de besoin fait plutôt référence aux examens et traitements disponibles, et acceptables par les patients, avec qui ils doivent transiger au cours du colloque singulier ; plutôt qu'à un traitement jugé idéal pour son patient, le compromis obtenu est vraisemblablement « fini ». La demande de soins du professionnel ne répond pas toujours de manière pertinente au besoin réel du patient et les traitements préconisés ne sont pas toujours optimaux ou du moins conformes aux recommandations de l'ANAES<sup>1</sup> comme incite à le penser une étude récente sur la prise en charge du diabète de type 2 [16] où la surveillance biologique semble insuffisante ainsi que le dépistage des complications. Bon nombre de patients, en particulier des jeunes, ne suivent pas ou mal les traitements préconisés, soit qu'ils renoncent d'emblée à des soins, soit que l'observance soit partielle ou irrégulière.

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 disparates faisant en général appel à la notion de précautions à prendre pour améliorer l'état de santé à plus ou moins terme long (accroissement des chances de survie, réduction des invalidités,...) ; ces actions peuvent concerner les différents aspects de la vie et interfèrent alors avec les habitudes. Les actions de prévention considérées ici se situent dans le champ médical, c'est à dire impliquant des personnels médicaux.

Au total, le besoin de soins médicaux est la réunion des besoins de soins médicaux liés aux maladies des personnes malades et des besoins de prévention de l'ensemble de la population.

La prise en compte des besoins de soins mal, voire non satisfaits, actuellement au moins connus pour le diabète [16], l'asthme [8], la dépression [21], en discussion pour d'autres affections comme le traitement de la ménopause, entraînerait peut être un surplus de consommation médicale utile pour améliorer la santé de la population, qui remplacerait avantageusement et peut être dépasserait la « sur-consommation médicale » si souvent dénoncée.

### c. La demande

La demande, en théorie économique, s'exprime dans un modèle dit « d'offre et de demande » qui traduit la baisse supposée de la quantité demandée d'un bien ou d'un service

<sup>1</sup> *l'une des missions de l'ANAES, agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, de déterminer certains minima et maxima de soins dans des cas bien définis de maladies ; ces « normes » sont établies par des spécialistes à partir d'une synthèse bibliographique des connaissances scientifiquement établies disponibles et des consensus lorsque les connaissances sont encore incertaines.*

lorsque son prix augmente. En économie médicale, la dépense engendrée par la consommation médicale n'est pas entièrement à la charge des patients et les prix ne peuvent avoir l'effet habituel sur la demande.

Peut être pourrait-on approcher la notion de demande (« potentielle » ?) en tenant compte des renoncements aux soins médicaux pour des motifs de différentes natures, psychologiques, sociaux, financiers ou matériels. Ainsi, l'écart de consommation de soins de cardiologue entre les personnes résidant à proximité d'un cardiologue et celles très éloignées pourrait-il être considéré comme un renoncement dû à la distance, et, ajouté à la consommation observée pourrait constituer une estimation de la demande de cardiologue. Également, les renoncements aux soins dentaires pour raisons financières pourraient-ils être ajoutés aux soins pour obtenir une estimation de la demande de soins dentaires.

Une telle conception de la demande de soins est naturellement toute théorique et pose un double problème de cohérence globale et d'estimation :

- certains des patients renonçant à un soin peuvent faire appel à un soin substitutif, ainsi par exemple la politique du maintien à domicile et de réduction des lits hospitaliers ne peut-elle qu'entraîner une augmentation des soins « de ville » ; de même l'éloignement d'un spécialiste a-t-elle pour conséquence une augmentation des soins de généraliste,
- la répartition sur le territoire de la population, aussi bien que des producteurs et distributeurs de soins, n'est pas neutre au regard de la stratification sociale : les effets des différents caractères sociaux interfèrent avec la distance sans que nous ayons actuellement de modèle permettant de les séparer.

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

#### d. Contenu et mesure de la consommation médicale : de quoi se compose-t-elle ? quelles en sont les limites ?

La seule mesure de la consommation médicale estimée chaque année de manière cohérente est celle de la Comptabilité Nationale. Dans ce cadre la consommation médicale totale est définie comme « la valeur des biens et services médicaux utilisés sur le territoire national pour la satisfaction des besoins individuels. Elle est appréhendée par les masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année ».

Le champ utilisé dans les Comptes Nationaux de la Santé pour définir la consommation médicale totale comporte une part d'arbitraire, l'un des critères étant la nécessaire cohésion avec les Comptes Nationaux centraux, d'où une optique basée avant tout sur les échanges financiers entre les agents qui interviennent dans le domaine des soins : les patients, les producteurs de soins et les financeurs.

Font partie de la consommation médicale l'hospitalisation, la composante sanitaire des établissements médico-sociaux, les soins de médecin, l'imagerie médicale, la biologie médicale, les produits pharmaceutiques et les prothèses médicales (dont les plus nombreuses sont actuellement les lunettes), les soins et prothèses dentaires, les soins d'auxiliaires médicaux.

En dehors du champ de la Comptabilité Nationale, la notion même de consommation médicale et sa définition sont l'objet de discussions, voire de contestation.

Ne sont pas inclus les soins que l'on se donne à soi-même ou à des membres de sa famille ; le traitement d'une maladie par la personne elle-même, qui s'apparente à de l'autoconsommation, comporte un auto-diagnostic, éventuellement une auto-prescription confortée ou non par l'avis du pharmacien, voire un auto-traitement. Le contrôle de la consommation pharmaceutique quotidienne par une infirmière à l'hôpital, ou à domicile pour les personnes dépendantes est comptabilisé dans la catégorie « soins infirmiers » ; mais cette activité est ignorée si elle est effectuée par les personnes elles-mêmes. De même, ne sont pas considérés comme soins, les services rendus par des personnels non médicaux (guérisseur, rebouteux, ostéopathe, naturopathe...) alors que pour les personnes qui utilisent leurs services ce sont des soins.

Plus généralement sont exclus de la consommation médicale les ajouts d'agents chimiques aux produits alimentaires dans un but uniquement médical (iode contre le goitre, fluor contre la carie dentaire, mais aussi vitamines de diverses natures,...) ou les tisanes à vertu médicale reconnue, de même que les soins d'hygiène, effectués en partie dans un but de prévention. La frontière retenue actuellement est le fruit de la sédimentation historique, mais aussi de pressions lobbyistes, de décisions de circonstance,...

Par contre sont inclus dans le champ de la consommation médicale des produits ou services détournés de leur usage thérapeutique et revêtant un caractère illicite et qu'il est difficile d'isoler, ainsi les produits dopants sont pour la plupart des produits pharmaceutiques : au lieu de lutter contre des maladies, ils sont utilisés pour augmenter les performances<sup>2</sup>, avec comme effet secondaire possible la détérioration de l'état de santé (au moins à terme). Dans l'incapacité de distinguer les produits utilisés pour se soigner de ceux utilisés pour se doper, l'ensemble est classé dans la catégorie des consommations médicales ainsi que toutes les consommations les accompagnant (soins de médecins, analyses biologiques,...). De même les produits pharmaceutiques détournés de leur usage et utilisés pour se droguer.

L'amélioration attendue de l'état de santé ou l'efficacité des soins ne sont pas considérés comme des critères exclusifs d'inclusion ou d'exclusion dans la consommation médicale, ce qui induit de nombreuses contestations portant actuellement sur les cures thermales, les produits pharmaceutiques ou soins dont l'efficacité n'est pas démontrée par les méthodes scientifiques actuelles, la chirurgie esthétique,...

Certains biens et services produits par les producteurs de soins ne sont pas considérés par certains, en particulier par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale comme faisant partie du domaine des soins mais de celui du confort, de l'esthétique, voire de la vie courante, ainsi pour une part des soins de psychologue (en libéral), de kinésithérapeute (libéral non prescrit), de diététicien, de pédicure, la chirurgie esthétique, les soins de nursing aux personnes âgées,...

Dans le premier chapitre sont présentées les données globales sur la consommation médicale, exprimée en dépense, quantité et recours aux soins par type de soin ainsi que l'utilisation combinée qu'en font les patients.

Dans le deuxième chapitre nous abordons brièvement les liens entre l'état de santé et la consommation médicale.

Dans le troisième chapitre nous décrivons comment se soignent les différents groupes démographiques, les femmes et les hommes et comment les processus de vieillissement

---

<sup>2</sup> *Cette utilisation abusive peut-elle expliquer, au moins en partie, la forte consommation de psychotropes observée en France ?*

conditionnent la manière d'utiliser le système de soins.

Dans le quatrième chapitre, sont analysés les différentes manières d'utiliser le système de soins par les groupes plus ou moins favorisés selon le milieu social et le mode de protection.

## 1. Consommation médicale : dépense, recours et quantité

D'une manière générale, la consommation médicale s'exprime en valeur, contrepartie financière des services médicaux reçus par les patients, des acquisitions de médicaments et d'appareils médicaux. Cette valeur correspond à la totalité des sommes perçues par les producteurs de soins quels qu'en soient les financeurs ; Sécurité sociale, ménage, mutuelle, assurance privée etc. C'est une mesure de la quantité de services et de biens médicaux consommés, chacun étant pondéré par son prix. Cette notion est celle utilisée dans les Comptes Nationaux de la Santé.

### 1. 1. La consommation médicale

#### ***Cadrage par les comptes nationaux***

Pour l'année 2000 la « Consommation médicale totale » est évaluée à 809 milliards de francs soit 8,8 % du Produit intérieur brut ; cette proportion est proche de celle observée dans les autres pays européens. Pour rendre ces chiffres plus parlants on rapporte cette somme à la population pour établir une dépense annuelle moyenne par habitant, soit 13 350 francs. Cette moyenne ne correspond pas à la dépense en soins du « français moyen » ; plus de trois habitants sur quatre ont une dépense annuelle de soins inférieure à cette moyenne et 1,5 % de la population, une dépense dix fois plus importante.

Comme la richesse nationale, la consommation médicale par personne en francs relatifs, c'est à dire après élimination de l'augmentation générale des prix (inflation), augmente depuis la fin de la deuxième guerre mondiale ; la consommation médicale a été multipliée par plus de 10 depuis 1950.

La consommation médicale représente actuellement 12,5 % de la consommation finale effective des ménages, et sa part dans les dépenses des ménages est allée en augmentant au cours du temps, comme celle des dépenses d'assurance ou de loisirs. La consommation médicale est une consommation de pays riche, à forte valeur ajoutée, avec une importante composante d'innovation technique. La diminution de la part de l'alimentation dans la consommation finale des ménages ne signifie pas qu'on mange moins maintenant qu'avant, mais que la part des dépenses alimentaires a diminué sous un double effet : les prix des biens alimentaires ont considérablement diminué et les dépenses des biens et services autres qu'alimentaires ont augmenté plus vite que les dépenses alimentaires. En ce qui concerne les biens et services médicaux, leurs prix ont évolué globalement comme l'inflation et les volumes<sup>3</sup> ont augmenté plus vite que ceux des autres catégories de biens et services.

La consommation médicale est ventilée dans une optique économique et technique selon la nature des producteurs, médecins omnipraticiens ou spécialistes, dentistes, biologistes, pharmaciens, infirmiers etc. et par assimilation les établissements hospitaliers, considérés comme un producteur unique, bien qu'une grande variété de professionnels, médecins, infirmiers, biologistes etc. interviennent pour dispenser leur services à l'intérieur de ces établissements.

<sup>3</sup>

*le volume intègre à la fois la quantité et la qualité des biens ou des services*

**Tableau 1 : Part de différents postes dans la consommation finale des ménages (%)**

	1970	1980	1990	1997
Services médicaux et de santé	7,1	7,7	9,5	10,3
Loisir, culture, enseignement	6,9	7,3	7,4	7,6
Meubles et matériel ménager	10,2	9,5	8,0	7,4
Produits alimentaires	21,0	17,5	15,6	13,9

*Source : Comptes Nationaux de la santé, eco-santé, base 1980*

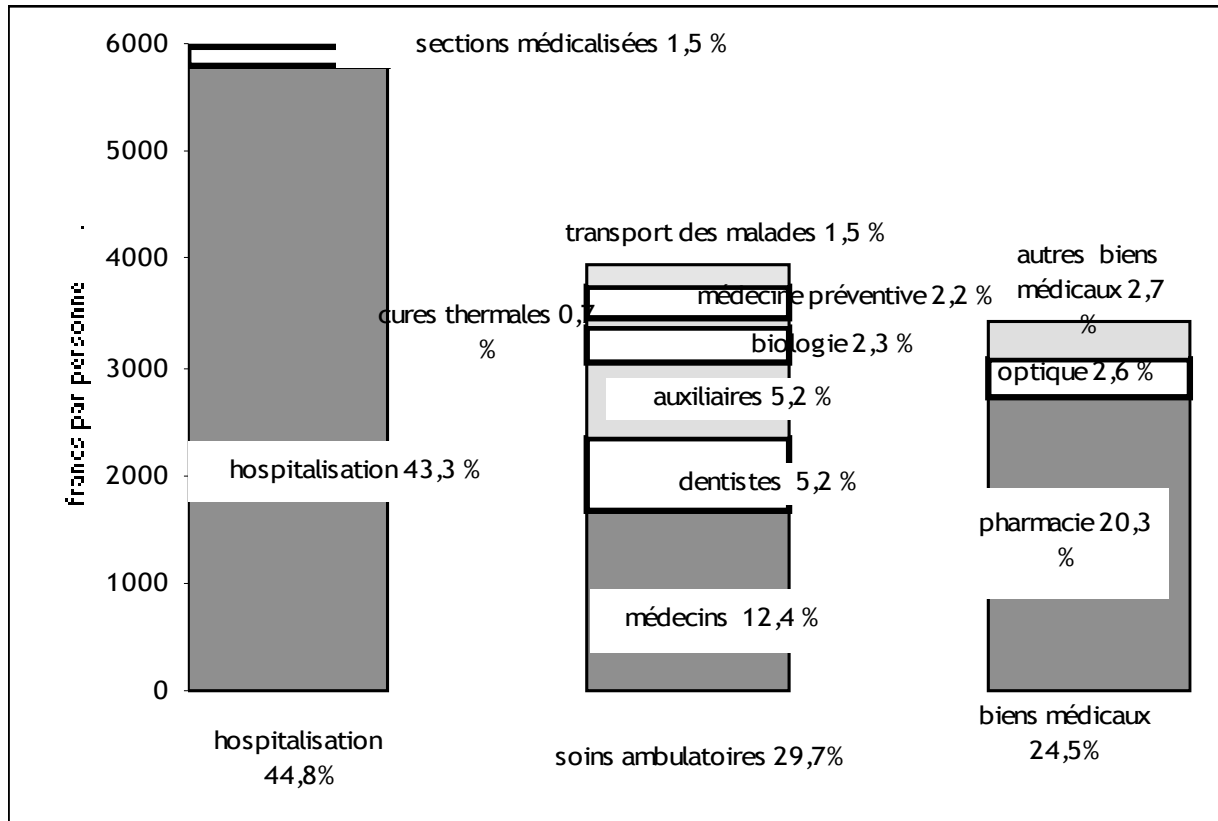
En 2000, la dépense entraînée par les biens et services médicaux se répartit entre l'hospitalisation, 45 %, les soins ambulatoires, 30 % et les biens médicaux, 25 %. En dehors de l'hospitalisation, les postes les plus importants sont la pharmacie, les soins de médecin, ceux de dentistes et ceux d'auxiliaires.

Outre la nature des producteurs une distinction complémentaire est introduite selon que les patients sont hospitalisés ou non. Les patients non hospitalisés, dits « ambulatoires », sont soignés à leur domicile ou se déplacent pour être soignés dans un cabinet ou un établissement hospitalier mais n'y restent pas. Les nouvelles formes de traitement, rendues possibles grâce au progrès des techniques, telles la chirurgie ambulatoire pour la cataracte ou la chimiothérapie de jour, qui utilisent les plateaux techniques et/ou les compétences des équipes hospitalières, rendent cette distinction plus souvent arbitraire que dans le passé.

Parmi les biens médicaux on distingue les médicaments, les prothèses dont la plupart sont des lunettes et le petit matériel.



**Graphique 1 : La consommation médicale par personne en 2000  
(en francs et % de la consommation médicale totale par personne)**



Source : Comptes nationaux de la santé

## 1. 2. Recours et quantités

Avoir recours ou non à un type de soins est un indicateur statistique bien adapté lorsque la période est courte pour les biens et services fréquents, produits pharmaceutiques, consultations de généraliste etc. par exemple en un mois 4,5 % des personnes ont eu au moins une visite de généraliste à domicile et 8 % ont acquis au moins un médicament sans ordonnance [2]. De même lorsque le recours est faible dans la population, le pourcentage de consommateurs sur une longue période est un indicateur statistique bien adapté, en un an 6 % des personnes ont consulté un cardiologue, 6 % ont utilisé un transport sanitaire, etc. [38]

Pour une personne donnée le recours à un type de soins pendant une période est dichotomique, oui ou non ; pour une population le taux de recours s'exprime en pourcentage de consommateurs. Cette variable simple et robuste, moins dispersée et moins soumise aux erreurs d'observation que les quantités ou les prix, est, par contre, attachée intrinsèquement à une période. L'extrapolation d'un pourcentage de consommateurs d'une période à une période plus longue est complexe, le pourcentage d'hospitalisés en un an ne peut être déduit simplement du pourcentage d'hospitalisés en un mois ; ainsi le fait d'être hospitalisé une fois dans l'année augmente sensiblement la probabilité d'être hospitalisé à nouveau.

**Les bases de données utilisées**

**Les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux (ESSM)** de 1970, 1980, 1991 portent sur des échantillon de 20 000 personnes représentatives de l'ensemble des ménages ordinaires de la France métropolitaine. Chaque ménage est suivi pendant 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur espacées de trois semaines. La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de soins. On relève pour tous les membres du ménage la morbidité, les caractéristiques socio-économiques et pour les consommations médicales : la nature précise du service ou du bien, le producteur, motif, contenu, lieu, paiement,... [33]

**L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS)** a été effectuée tous les ans de 1988 à 1998, tous les deux ans ensuite. L'échantillon, de 20 000 personnes en 2 000, est représentatif des ménages dont un membre au moins est assuré par un des trois grands régimes de Sécurité sociale, Régime général, Régime agricole et Régime des professions indépendantes, soit 95 % des ménages ordinaires. Le recueil d'information combine des entretiens téléphoniques, en général 4, et des questionnaires auto-administrés et une modalité en face à face avec 2 visites d'enquêteur pour les personnes n'ayant pu être jointes par téléphone (30 % des ménages enquêtés).

Les informations relevées lors des entretiens portent sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des membres du ménage, leur mode protection maladie, les hospitalisations antérieures et les opinions sur quelques points du système de santé. Les maladies et problèmes de santé sont relevés sur les questionnaires auto-administrés et sur un carnet de soins tenu pendant un mois, les consommations médicales remboursables ou non, leur nature, le producteur, le prix etc. [15]

**L'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS)** résulte d'un sondage aléatoire dans les fichiers des trois grands régimes de Sécurité sociale ; les enregistrements relatifs aux assurés de ce sondage, et à leurs ayants droit (prestations, nature des actes, producteur, tarif, etc.) sont centralisés et font l'objet d'exploitations statistiques et d'analyses économiques [23].

**L'appariement entre l'enquête auprès des ménages et dans les dossiers de l'Assurance maladie** consiste à coupler les données de l'enquête auprès des ménages et dans les dossiers d'assurés sociaux, permettant ainsi d'enrichir les données de Sécurité sociale par des informations de caractère épidémiologique et socio-économique. Cet appariement est fait de manière anonyme par une procédure en double aveugle ayant reçu l'aval de la CNIL [9].

Si le recours est fréquent, la réponse en oui ou non, peut être complétée à bon escient par la distribution des quantités consommées, par exemple pourcentage de personnes ayant consulté une seule fois, deux fois, trois fois etc. un médecin dans l'année.

Les taux de recours comme les quantités consommées dépendent de la ventilation retenue pour les différents soins : consultation sans acte technique associé, de médecin ou de généraliste exclusivement ou de spécialiste, ensemble des spécialités ou par spécialité, soins de cardiologue par nature d'acte ; de même pour les soins dentaires, d'auxiliaires, examen biologique par nature, produit pharmaceutique par classe thérapeutique ou intégralement précisé.

Dans l'optique des comptes nationaux, on peut comparer les soins entre eux ou les regrouper en agrégats plus ou moins importants, en les pondérant par leur prix pour obtenir une dépense. Le prix pour le producteur de soins (ou le distributeur de produits) est la somme, ou l'ensemble des sommes, qu'il reçoit en échange du service rendu (ou des produits délivrés).

### 1. 3. Dépenses

Toute dépense est sous tendue par un système de prix ; du fait de la protection maladie par la Sécurité sociale et par des couvertures complémentaires, la notion de prix est différente pour chacun des acteurs, car les consommations médicales donnent généralement lieu à plusieurs transferts financiers.

### ***a. La Sécurité sociale***

Lorsque le bien ou service est remboursable par la Sécurité sociale, trois éléments interviennent pour le patient, le tarif, le taux de remboursement et le dépassement : le tarif est la base de remboursement. En règle générale, le tarif est la somme que reçoit le producteur de soins ou le distributeur de produits pour le bien ou service fourni. Cette règle ne s'applique pas dans les cas d'évaluation forfaitaire des prix (essentiellement pour les appareils, optiques, prothèses dentaires, etc.) ou de dépassements d'honoraires, certains producteurs sont conventionnellement autorisés à faire payer à leurs patients des montants supérieurs au tarif de la Sécurité sociale, pour tout ou partie de leur activité (médecins du secteur à honoraires libres, dentistes pour les prothèses dentaires).

Les taux de remboursement de la Sécurité sociale varient selon les biens ou les services médicaux que reçoivent les patients. La réglementation résulte d'une stratification de décisions prises au cours des ans selon différents critères médicaux ou financiers, dont chacune était peut être justifiée et rationnelle, mais dont l'ensemble paraît complexe aujourd'hui ; elle est basée en partie sur la nomenclature générale des actes professionnels. Dans la plupart des cas, le remboursement représente un pourcentage du tarif ou du forfait variable selon le producteur, la nature du soin ou du bien, le lieu des soins, de 35 % à 100 %. De plus, pour certains patients (nourrissons, invalides) ou motifs (maternité, accident du travail, affections de longues durée), les soins sont pris en charge à 100 % dans la limite des tarifs.

Les médicaments et les soins d'auxiliaires non prescrits, les séances de psychothérapie en cabinet libéral, la chirurgie esthétique, certaines prothèses dentaires, ne donnent lieu à aucune prise en charge par l'Assurance maladie.

Le débours, qui correspond au montant directement versé par le patient au producteur de soins (ou au distributeur de produits), est égal au prix dans le cas d'un paiement direct suivi d'un remboursement ou au « ticket modérateur » dans le cas de tiers payant, il peut être nul en cas de tiers payant pour des soins pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale et sans dépassement.

### ***b. La protection complémentaire***

Les prestations de la Sécurité sociale représentent globalement 76 % de la dépense médicale. Ce taux global est une moyenne entre des soins remboursés à 100 % et des biens (lunettes) ou des soins remboursés à moins de 10 %, voire non remboursés ; c'est pourquoi se sont développés des systèmes de protection maladie venant compléter la protection obligatoire par la Sécurité sociale (mutuelles, institutions de prévoyance ou assurances privées, CMU complémentaire), qui remboursent tout ou partie des sommes non prises en charge par la Sécurité sociale. 90 % des personnes résidant en France sont ainsi doublement protégées.

In fine, 11 % de la dépense de soins et biens médicaux reste à la charge des malades ou de leur famille.

Quelques organismes de couverture complémentaire ont passé des accords de tiers payant avec des producteurs de soins (ou distributeurs de produits) : comme la Sécurité sociale, ils leur versent directement les sommes à leur charge, déplaçant ainsi du patient vers le producteur la responsabilité de l'avance des frais ; le débours du patient en est amoindri d'autant.

### ***c. Prix et débours***

Cette multiplicité des paiements et circuits financiers engendrés par les consommations médicales a pour conséquence que la notion de prix est plus difficile à appréhender que dans un marché à financement non socialisé, sauf pour les producteurs de soins (ou le distributeur de produits) dont le prix est la somme, ou l'ensemble des sommes, qu'il reçoit en échange du service rendu (ou des produits délivrés). Cette notion rejoint la définition générale du prix et c'est celle que nous retiendrons dans cet ouvrage.

Pour le patient, le prix est égal au débours lorsqu'il paye intégralement ; dans les autres cas, il peut ignorer le prix,

- en cas de tiers payant total (soit par la seule Sécurité sociale, soit par la conjonction de couverture complémentaire) et en l'absence de dépassement, le débours est nul,
- dans tous les autres cas, le débours, non nul, est inférieur au prix, il peut représenter alors le « ticket modérateur », le dépassement, ou la somme des deux.

**La consommation médicale est estimée par les sommes reçues par les producteurs.** Ainsi, la consommation de lunettes ou de prothèses dentaires est estimée par le prix effectivement payé par le consommateur ; ceci revient aussi à admettre que la consommation médicale d'un patient consultant un médecin du secteur deux dont les honoraires sont supérieurs aux tarifs est supérieure à celle d'un médecin de même spécialité respectant les tarifs.

## 2. Les consommations médicales par nature

La dépense médicale par personne en un an est le produit du taux de recours aux soins et de la dépense par consommateur.

Les biens et services les plus souvent consommés sont les produits pharmaceutiques et les consultations de généralistes ; pour ces soins les dépenses par consommateur sont supérieures d'environ 20 % aux dépenses par personne.

A contrario les recours à l'hospitalisation et à l'optique sont rares et la dépense par consommateur est 7 fois plus importante que la dépense par personne.

### 2. 1. L'hospitalisation

Chaque année, une personne sur huit passe au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé pour y recevoir des soins, subir des examens ou accoucher. En outre, certains patients reçoivent des soins lourds dans ces établissements, séances de dialyse, chimiothérapie, de chirurgie ambulatoire ou d'hospitalisation à domicile. Ces formes d'hospitalisation dites partielles se sont fortement développées au cours des dernières années mais semblent marquer le pas actuellement.

Tous établissements confondus, l'ensemble de ces soins hospitaliers a engendré une dépense de 5 782 francs par personne, soit près de la moitié de la consommation médicale totale, 45 %.

Les dépenses d'hospitalisation par personne en francs relatifs augmente continûment depuis 1950 mais la croissance s'est ralentie depuis le début des années 1980, alors que la dépense par personne en prix relatifs a plus que doublé en dix ans dans les décennies 1960-1970 et 1970-1980, elle a augmenté de 27 % entre 1980 et 1990 et d'environ 15 % entre 1990 et 2000.

La part de l'hospitalisation dans la consommation médicale après avoir fortement augmenté dans les années 1970-1980 pour culminer à 52 % en 1982, a diminué et oscille maintenant autour de 45 % comme au début des années 1970. Cette évolution résulte des nombreuses innovations mises au point en milieu hospitalier qui sont ensuite pratiquées en médecine « de ville » auprès de patients ambulatoires et de la forte incitation à diminuer les durées de séjour.

Les établissements hospitaliers sont définis par leur statut juridique et leur orientation principale, les unités plus petites à l'intérieur des établissements, en général des services, par la discipline médicale. On distingue les services de court séjour regroupant la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, les services de suite et de réadaptation (moyen séjour) et les services de soins de longue durée (long séjour).

En 1999, 4 359 francs par personne ont été dépensés pour les hospitalisations dans les établissements publics hospitaliers ou financés sur dotation globale se répartissant en :

- 34 % dans les centres hospitaliers universitaires ou universitaires ,
- 40 % dans les centres hospitaliers et les hôpitaux,
- 9 % dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie,
- 1 % dans les établissements militaires ou pénitentiaires,

- 16 % dans les établissements privés financés sur dotation globale,

1 148 francs par personne ont été dépensés pour les hospitalisations dans les établissements privés financés sur prix de journée et honoraires.

La plupart des hospitalisations a lieu dans des services de court séjour, médecine, chirurgie ou obstétrique. La moitié des journées se déroule dans les services de médecine ou spécialité médicale, 41 % en chirurgie et 10 % en gynécologie-obstétrique (Eco-santé). Comme leur nom l'indique les durées de séjour dans ces services sont brèves, mais les dépenses y sont relativement élevées, la densité de soins pouvant y être très importante [34].

Les entrées dans les services de lutte contre la maladie mentale ou de suite ou de rééducation sont plus rares, mais les durées moyennes de séjour y sont environ 5 fois plus longues qu'en court séjour.

**Tableau 2 : L'hospitalisation complète en 1999, pour 100 habitants**

	Entrées	Durée de séjour	Journées
Court séjour	18,1	6,2	113
Lutte contre la maladie mentale	0,9	32,3	34
Service de suite et rééducation	1,2	32,1	47
Soins de longue durée	0,1	-	50
Ensemble	20,3	-	244

*Données : V. Carasco, M. Joubert, E. Thompson, Etudes et résultats N° 118, juin 2001 (DREES) Enquête auprès des établissements*

Dans les services de soins de longue durée, proches de la saturation, le taux d'occupation atteint 98 % en moyenne, les séjours, très longs, dépassent souvent plusieurs années et les mouvements sont rares, 7 entrées pour 10 000 personnes par an (tous âges réunis), soit environ une entrée par an pour 100 personnes de 75 ans et plus.

### ***a. Des séjours nombreux et brefs ou un seul long séjour***

Les conséquences du même nombre de jours d'hospitalisation, en un seul séjour ou en plusieurs sont différentes, tant sur le plan familial que social, économique ou psychologique. Il n'est pas équivalent en termes de quantités de soins, de qualité de vie, de confort du patient ou de sa famille d'être hospitalisé une fois 20 jours, deux fois 10 jours, voire cinq fois 4 jours, comment comparer les 20 jours d'hospitalisation enregistrés dans chacun de ces cas.

En un an (1995), 11 % des personnes ont passé au moins une nuit dans un établissement hospitalier. 8 % ont été hospitalisées une seule fois dans l'année, ce séjour unique est plus ou moins long : 38 % sont inférieurs à 3 jours, 44 % compris entre 3 et 8 jours et 1 % sont supérieurs à 3 mois. Bien évidemment la durée de ce séjour varie selon le type d'établissement et de service fréquenté, bref et de durée assez concentrée en obstétrique, ils sont au contraire de longueur très variable et en moyenne plus long en médecine et surtout en psychiatrie.

Le fait d'être hospitalisé une fois dans l'année augmente d'environ 30 % la probabilité de l'être à nouveau, 2,5 % des personnes ont été hospitalisées deux fois ou plus dans l'année.

Environ 10 % des personnes ont passé au moins une nuit dans un service de court séjour, 6 % en chirurgie, 4 % dans un service de médecine, 3 % des femmes dans un service de gynécologie-obstétrique, 1 % des personnes ont séjourné dans au moins deux de ces types de

service.

1 % des personnes ont séjourné dans des services de soins de suite et de réadaptation, plus souvent après un séjour dans un service de chirurgie que de médecine.

### ***b. Les soins ambulatoires lourds : alternatives à l'hospitalisation ou transition entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires***

Outre l'hospitalisation complète qui comporte un séjour d'au moins une nuit dans l'établissement, de nouvelles formes de soins alternatives à l'hospitalisation dites partielles ou de moins de 24 heures ont été développées au cours des dernières années : hospitalisation de jour, de nuit, à domicile, chirurgie ambulatoire, séances de dialyse pour insuffisance rénale, chimiothérapie etc.. Ces formes d'hospitalisation partielle, se développent alors que diminue l'hospitalisation complète avec hébergement continu. Les places en hospitalisation partielle ne représentent encore que 8,6 % des lits d'hospitalisation complète mais pour la psychiatrie ce pourcentage atteint 29,1 %.

Ces formes de traitements destinées aux malades à qui l'on permet ainsi de rester à domicile nécessitent, au moins dans l'idéal, un environnement matériel (confort et adaptation du logement) social et familial favorables, de ce fait leur diffusion dans la population ne peut pas être homogène si l'on veut maintenir une même qualité de soins pour tous. Cette contribution de l'environnement familial, les conditions techniques requises, l'effort demandé au patient, en limitent sans doute la diffusion<sup>4</sup>.

La chirurgie ambulatoire permet dans certains cas d'éviter une hospitalisation complète. En 1995, 2,8 % de la population a subi une intervention en chirurgie ambulatoire. Les dépenses de chirurgie ambulatoire représentent environ 10 % de celles entraînées par des hospitalisations complètes en chirurgies ou spécialités chirurgicales.

2,2 % des personnes ont suivi des traitements ambulatoires lourds.

En 1999, 3,6 millions de séances de dialyse ont été effectuées, ces traitements ne concernent qu'une très petite fraction de la population souffrant d'insuffisance rénale, environ 0,05 %. 2,8 millions de traitements (chimiothérapie, rayons etc.) et d'interventions anti-cancéreuses ont été effectués.

Parmi les 12 millions de passages aux urgences des hôpitaux ou des cliniques, soit 0,2 passages par personne et par an, un quart a entraîné une hospitalisation [34].

### ***c. Les soins forfaitaires aux personnes âgées dépendantes***

En moyenne sur l'année 2000, 375 000 personnes âgées résidant en institution et 63 000 personnes résidant à leur domicile ont reçu des soins financés de manière forfaitaire par l'Assurance maladie<sup>5</sup> ; la dépense engendrée est de 200 francs par personne, soit 3 000 francs, rapportée aux personnes de 75 ans et plus qui forment plus de 80 % de la clientèle de ces services.

## **2. 2. Les soins ambulatoires aux patients non hospitalisés**

Les patients non hospitalisés ont recours aux soins dits ambulatoires recouvrant l'ensemble

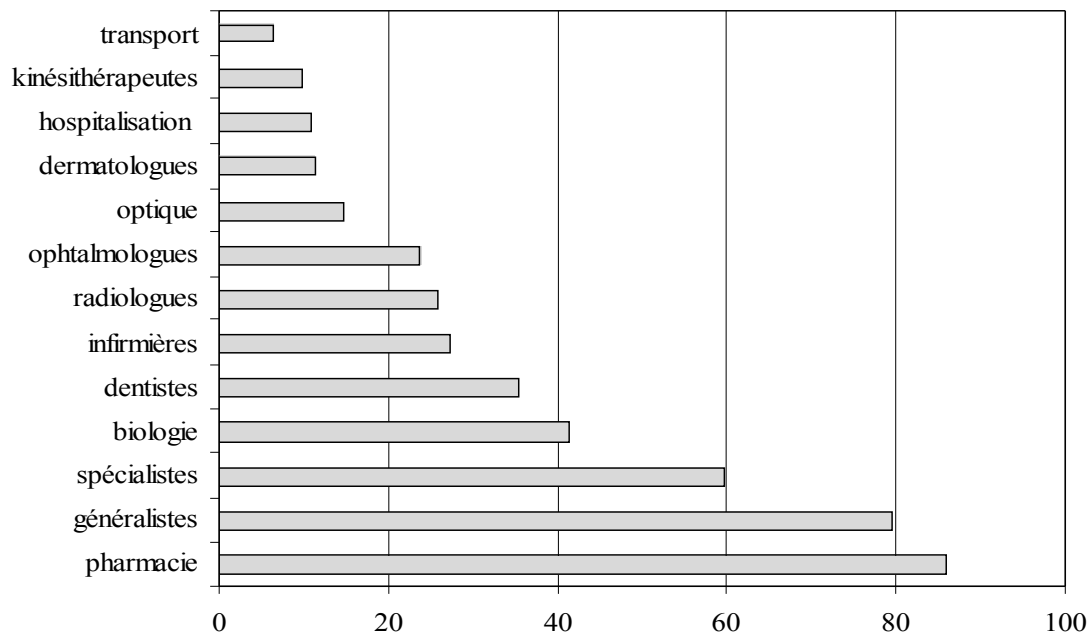
<sup>4</sup> au cours du temps, par exemple la proportion de séances de dialyse à domicile a diminué

<sup>5</sup> forfait de section de cure médicale ou de soins courants dans les institutions ou services de soins infirmiers à domicile

des services médicaux dispensés par les professionnels dans les cabinets libéraux, au domicile du patient et dans les établissements hospitaliers pour les patients non hospitalisés (consultations, examens effectués hors hospitalisation, soins d'urgence). La dépense pour ces soins s'élève à 3 450 francs par habitant en 2000.

Les recours aux soins ambulatoires se sont banalisés ; 91 % de la population à recours au moins une fois dans l'année à un service médical pour lequel une demande de remboursement est faite auprès de l'Assurance maladie [9].

**Graphique 2 : Fréquence de recours aux soins selon leur nature  
(en % de consommateurs dans l'année)**



Données : appariement EPAS-ESPS 1995 [38]

La population a le plus souvent recours aux producteurs les plus nombreux (généralistes, dentistes, laboratoires d'analyses médicales, etc.) et inversement les moins sollicités sont les moins nombreux (sage femmes, orthophonistes, orthoptistes etc.). La liaison entre effectifs de producteurs et fréquence des recours dépend aussi de la nature du traitement, les kinésithérapeutes sont aussi nombreux (36 400) que les dentistes (36 900), mais dans la mesure où les traitements de kinésithérapie sont en général longs, le même patient revenant de multiples fois, seules 10 % des personnes y ont recours en un an alors que 36 % des personnes ont consulté au moins une fois un dentiste.

Les recours des patients aux différents types de services sont plus ou moins spontanés, les soins d'infirmiers, d'orthophonistes, les examens biologiques etc. sont nécessairement prescrits par un médecin. A l'inverse, les recours au médecin ou au dentiste ont très souvent lieu à l'initiative du seul patient.

### **a. Les soins de médecins**

Les contacts avec le corps médical sont fréquents, 86 % des personnes consultent au moins une fois un médecin dans l'année. On compte un peu moins de 5 actes d'omnipraticien par habitant et environ 3,5 actes de spécialistes.

La dépense pour les soins dispensés par les 114 000 médecins prenant peu ou prou en



charge des patients ambulatoires ou soignés à domicile s'élève à 1 659 francs par habitant. Comme presque toutes les consommations médicales, cette dépense en francs relatifs a fortement augmenté jusqu'au début des années 80 et plus lentement pendant la dernière décennie. Sa part dans la dépense médicale totale, de l'ordre de 13 %, a peu varié.

Parmi les médecins on peut distinguer les omnipraticiens des spécialistes, selon des critères réglementaires, basés essentiellement sur les diplômes obtenus, leur pratique clinique et les équipements qu'ils utilisent ; les tarifs de base de remboursement ne sont pas les mêmes pour les uns et les autres de même que les honoraires qu'ils perçoivent.

53 % des médecins sont des omnipraticiens dont 86 % appliquent les tarifs de l'Assurance Maladie (conventionnés secteur 1) et 47 % sont des spécialistes dont 62 % appliquent les tarifs de l'Assurance Maladie. Les autres médecins (conventionnés secteur 2) ont un droit à dépassement supposé appliqué « avec tact et mesure » (concept mal défini) ; une très petite proportion de médecins ne sont pas conventionnés et leurs honoraires sont entièrement libres.

Les soins d'omnipraticiens représentent une dépense de 785 francs environ par personne et par an, mais 70 % de la population a une dépense inférieure à cette moyenne. Pour les spécialistes la dépense est à la fois plus élevée et concentrée sur un plus petit nombre de personnes, environ 874 francs par personne et par an et 76 % de la population a une dépense inférieure à cette moyenne.

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 (1995).

Au cours d'une année la majorité de la population (53 %) consulte à la fois un ou des omnipraticiens et un ou des spécialistes, 27 % des personnes consultent exclusivement des omnipraticiens, et 6 % exclusivement des spécialistes.

**Tableau 3 : Recours aux médecins dans l'année**

	<b>Nombre de consommateurs</b>	<b>% de consommateurs en 1 an</b>
<b>Généraliste seul</b>	4977	26,6
<b>Généraliste+Spécialiste</b>	9913	52,9
<b>Total généraliste</b>	14890	79,5
<b>Spécialiste seul</b>	1207	6,4
<i>Total Spécialiste</i>	11120	59,3
<b>Total médecin</b>	<b>16097</b>	<b>85,9</b>
<b>Aucun médecin</b>	<b>2645</b>	<b>14,1</b>
<b>Population totale</b>	<b>18742</b>	<b>100,0</b>

*Données : appariement EPAS-ESPS 1995*

Du point de vue du patient la distinction entre généraliste et spécialiste n'est pas la plus pertinente, les recours à des spécialistes de disciplines différentes ne peuvent se substituer l'un à l'autre : c'est par spécialité que le recours a un sens concret, le patient décide de consulter un cardiologue ou un ophtalmologue jamais un « spécialiste ». Les spécialistes auxquels la population a le plus souvent recours sont les radiologues, les ophtalmologues, les gynécologues et les dermatologues puis les O.R.L., les chirurgiens, les cardiologues, les

pédiatres et les rhumatologues. En un an les autres spécialistes (psychiatres, pneumologues, urologues, stomatologues, etc.) sont consultés chacun par moins de 3 % de la population.

Le lien statistique entre effectifs de médecins et fréquence des recours dépend de la nature de la relation entre producteur et patient ; ainsi, les psychiatres, presque une fois et demie plus nombreux que les ophtalmologues, voient dix fois moins de patients différents en un an, dans la mesure où leur traitement sont en général longs, et où le même patient revient de multiples fois.

**Tableau 4 : Recours aux médecins dans l'année**

	% de consommateurs	parmi ceux ayant consulté		
		% consultent une seule fois	% consultent deux fois	% consultent 5 fois ou plus
psychiatre	1,7	25,2	7,1	51,9
pédiatre*	21,2	36,9	19,0	23,3
rhumatologue	3,9	32,2	28,0	18,8
cardiologue	5,9	16,0	41,4	16,1
gynécologue**	26,7	48,2	26,1	11,0
O.R.L.	7,4	60,5	19,4	6,9
radiologue	24,8	56,8	23,4	6,8
chirurgien	5,8	54,6	26,6	4,9
ophtalmologue	22,9	71,8	16,6	3,5
anesthésiste	4,3	46,4	33,0	2,2
omnipraticien	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

2 % des personnes consultent au moins une fois un psychiatre libéral en un an et le quart d'entre elles ont consulté 13 fois ou plus, alors que 20 % des personnes ont consulté au moins une fois un ophtalmologue, les trois quarts d'entre elles ne l'ayant consulté qu'une seule fois. Les patients voyant souvent les mêmes spécialistes, ou plus exactement des médecins de la même spécialité, sont ceux qui sont suivis par des psychiatres, des pédiatres, des rhumatologues ou des cardiologues et à l'inverse la majorité des patients ne voient qu'une seule fois un ophtalmologue, un ORL ou un radiologue.

Les patients consultent plus ou moins spontanément un médecin ; soit de leur propre initiative, soit qu'un autre médecin ou le même médecin le leur ait conseillé. Les spécialistes de certaines disciplines, ophtalmologie, gynécologie, pédiatrie,... sont consultés dans la plupart des cas directement par les patients, pour d'autres disciplines, radiologie, chirurgie,... les praticiens sont en général consultés sur le conseil d'un autre médecin, le plus souvent un généraliste. Ainsi, les trois quarts des séances de généraliste et le tiers de celles de spécialiste ont lieu à l'initiative du patient ; elle varie fortement selon la spécialité du médecin, elle est maximum pour les pédiatres, les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues, et

minimum pour les cardiologues, les chirurgiens, les stomatologues et les radiologues [27].

Les spécialistes consultés le plus souvent à l'initiative des patients sont ceux qui, d'une manière générale, font de la prévention, traitent surtout des enfants et les ophtalmologues qui sont les seuls à prescrire des lunettes.

14 % des omnipraticiens et 37 % des spécialistes appartiennent au secteur à honoraires libres et ne sont pas tenus de respecter les tarifs de Sécurité sociale. Les dépassements sont de l'ordre de 44 % du tarif et ils varient selon la spécialité, minimum pour les radiologues (13 %) et les cardiologues (25 %), pour la plupart des spécialités chirurgicales, la médecine interne, la gynécologie, la psychiatrie ils dépassent de 50 % le tarif et atteignent 171 % en stomatologie. Ces dépassements, pris en charge plus ou moins partiellement par les protections complémentaires, constituent un frein à l'accès aux soins, en particulier pour les personnes les moins bien protégées et dans les zones où le nombre de praticiens est limité. La consommation de soins de spécialistes est fortement liée aux caractéristiques socio-économiques des patients.

Si le recours à un médecin est considéré comme l'entrée dans le système de soins pour un épisode donné, la nature du premier médecin consulté est en partie déterminante pour la suite de la prise en charge. En 2000, 12 % des séances de spécialiste (hors radiologues) ont été conseillées par un généraliste [2] ; un premier recours à un généraliste est suivi dans seulement 3 % des cas à un recours à un spécialiste, autre que pour un examen d'imagerie, dans les quinze jours suivants [5]. Notons que, pour une même pathologie, le traitement des patients par un généraliste ou un spécialiste n'est pas toujours le même, ainsi par exemple pour les patients atteints de diabète de type 2 ayant consulté ou non un endocrinologue.

20 % des personnes de 16 ans ou plus déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin dans un hôpital public[2].

### ***b. Les soins de dentistes***

Les contacts avec les dentistes sont moins fréquents qu'avec les médecins, 64 % des personnes ne consultent aucun dentiste dans l'année.

La dépense pour les soins dispensés par les 37 000 dentistes s'élève à 696 francs par habitant, soit un peu moins de la moitié de la dépense pour les soins de médecins. Comme presque toutes les consommations médicales, cette dépense en francs relatifs a fortement augmenté mais sa part dans la consommation médicale a peu varié.

Héritage de situations historiques et de nombreux arbitrages et compromis, les remboursements des dépenses dentaires sont de trois types,

- les soins dits conservateurs sont remboursés à 70 % par la Sécurité sociale lorsqu'ils sont inscrits dans la « nomenclature générale des actes professionnelle », mais la mise à jour de cette nomenclature prend du retard et une partie des soins dentaires récents est « hors nomenclature » donc non remboursés,
- l'orthodontie pour les enfants et les jeunes est remboursée par la Sécurité sociale à 100 % sur la base d'un tarif non respecté, le montant des dépassements est en moyenne légèrement supérieur au tarif, ce qui laisse plus de 50 % du prix réel à la charge du ménage ou de sa couverture complémentaire,
- les prothèses sont remboursées sur la base de tarifs non mis à jour : ils sont donc dépassés et les prix réel sont en moyenne supérieurs de 400 % à 500 % du tarif ! la Sécurité sociale participe à hauteur de 15 à 20 % au financement des prothèses dentaires, le reste étant à la

charge du ménage ou de sa couverture complémentaire.

Ainsi la part des dépassements, c'est à dire la dépense non pris en compte dans le calcul du ticket modérateur de la Sécurité sociale, ne cesse d'augmenter, elle atteint 47 % en 1999. L'instauration de la CMU a mis en évidence les contradictions inhérentes à ce système et nécessité une dérogation<sup>6</sup> à la règle commune pour permettre un certain accès aux soins dentaires des plus défavorisés.

La consommation de soins dentaires est fortement liée aux caractéristiques socio-économiques des patients, avant tout parce qu'ils sont très mal remboursés, tant par les régimes obligatoires de sécurité sociale que par la majorité des couvertures complémentaires, en particulier celles des groupes les moins favorisés. Par le fait aussi que les pratiques de prévention sont d'une manière générale plus fréquentes dans les milieux favorisés.

### ***c. Les soins d'auxiliaires médicaux***

En un an 27 % de la population a recours à un infirmier<sup>7</sup> (y compris pour des prélèvements à des fins d'analyse), dont 11 % à plusieurs reprises ; 18 % y ont recours exclusivement pour des soins infirmiers.

10 % de la population a recours à un kinésithérapeute et 3 % simultanément à des soins infirmiers et de kinésithérapie au cours de la même année.

Les soins d'auxiliaires entraînent une dépense de 700 francs par habitant, soit 360 francs pour les infirmiers qui sont les plus nombreux (48 500), 283 francs pour les kinésithérapeutes qui sont (38 400). Les autres auxiliaires sont beaucoup moins nombreux, 10 200 orthophonistes et 1 400 orthoptistes et entraînent une dépense beaucoup plus faible, 57 francs.

La dépense de soins infirmiers et de kinésithérapeute a fortement augmenté (en francs constants), ainsi que sa part dans la consommation médicale, avec en particulier le développement de la politique de maintien à domicile.

L'état de santé de certains patients ne leur permet pas de se déplacer et les soins qu'ils reçoivent leur sont pour l'essentiel dispensés à domicile par des producteurs qui se déplacent, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes. Ces soins représentent une part modeste, 6 % de l'ensemble des soins de ville, mais rapportés aux services qui nécessitent la présence simultanée du patient et du praticien, médecin, auxiliaire médical, dentiste, sage femme, cette part atteint 14 %.

Alors que les soins infirmiers, sont bien remboursés et rarement l'objet de dépassement c'est l'inverse pour les soins de kinésithérapie. Parallèlement ce sont plutôt les groupes défavorisés qui ont recours aux soins infirmiers.

### ***d. Les analyses médicales***

Environ quatre personnes sur dix bénéficient d'au moins une analyse médicale dans l'année. Ces examens ont rarement lieu à l'initiative du patient et sont presque toujours associés à des soins de médecins.

Les dépenses d'analyses et de prélèvements s'élèvent à 302 francs par habitant mais près de 75 % de la population a une dépense inférieure à cette moyenne. La dépense d'analyse en

<sup>6</sup> *double tarif*

<sup>7</sup> *non compris les services de soins infirmiers à domicile (SIAD)*

francs relatifs a fortement augmenté dans les années 1960-70 puis la croissance s'est ralentie en partie à la suite de réajustements tarifaires et sa part dans la consommation médicale qui a culminé autour de 3,5 % avant 1990 décroît régulièrement depuis. Les dépenses d'analyses médicales représentent actuellement 2,3 % de la consommation médicale totale.

#### ***e. Les cures thermales***

Les cures thermales engendrent une dépense de 92 francs par personne et par an mais ne concernent qu'une petite partie de la population. Cette dépense augmente peu et sa part dans la consommation médicale diminue constamment. Leur maintien dans le champ des remboursements de l'Assurance maladie a d'ailleurs donné lieu à discussion et est parfois remise en cause, au moins pour certaines indications, d'autant que des traitements médicamenteux ont été développés pour les mêmes indications, cas de l'artérite par exemple.

#### ***f. Les transports des patients***

Dans certaines conditions, pour entrer à l'hôpital ou le quitter, se rendre dans un centre de dialyse ou de soins spécifiques, les médecins prescrivent des transports adaptés à l'état des patients, ces transports sanitaires entraînent une dépense de 203 francs par habitant. En un an ils concernent environ 6 % de la population et représentent 1,5 % de la consommation médicale totale.

Pour donner lieu à remboursement, les dépenses de transport sont (parfois) soumises à entente préalable du service médical de l'Assurance maladie, entente accordée à des conditions relativement restrictives, et dans les autres cas, les patients se déplacent par leurs propres moyens ; seules les dépenses remboursées apparaissent ici. Le développement des traitements hospitaliers ambulatoires lourds, chimiothérapie, dialyse,... ont entraîné une augmentation concomitante des dépenses de transport sanitaire au cours des dernières années, cette dépense est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

#### ***g. Les médicaments pour les patients non hospitalisés***

Le médicament est la consommation médicale la plus répandue, et en un an, près de neuf personnes sur dix acquièrent au moins un produit pharmaceutique prescrit par un médecin. Sur une période courte d'un mois 31 % des personnes déclarent avoir acquis des médicaments prescrits, 3 % des médicaments non prescrits et 3 % les deux [2].

Les médicaments prescrits et non prescrits engendrent une dépense de 2 714 francs par habitant. 72 % de la population a une dépense inférieure à cette moyenne.

La consommation pharmaceutique s'est fortement développée et tout incite à penser qu'elle continuera de se développer, compte tenu des nouvelles technologies.

#### ***h. Les autres biens médicaux pour les patients non hospitalisés***

Les autres biens médicaux optique, prothèse et petit matériel entraînent une dépense de 712 francs par personne et par an, ce poste, très hétéroclite, engendre à peu près la même dépense que les soins d'auxiliaires ou de dentistes et il est en croissance rapide. L'optique entraîne la moitié de cette dépense, en un an une personne sur sept acquière des lunettes ou des lentilles pour des raisons médicales et une personne sur deux porte des lunettes ou des lentilles.

Les prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques entraînent une dépense de 182 francs et les petits matériels et pansements de 180 francs par habitant ; alors que les

premières concernent un petit nombre de personnes, les dernières sont beaucoup plus répandues.

### ***i. La médecine préventive***

Certaines structures spécifiques d'examen sont exclusivement consacrées à la prévention et au dépistage systématique, elles entraînent une dépense de 291 francs par habitant, environ la moitié dans le cadre de médecine du travail, 20 % dans celui de la médecine scolaire et un peu moins pour les PMI et le planning familial.

Notons cependant que l'essentiel de la prévention médicale individualisée est effectuée au cours des consultations de médecin en pratique libérale.

## **2. 3. La combinaison des soins, le circuit du patient**

Le traitement des patients et la prise en charge médicale de leur santé se font par l'utilisation combinée des différents services et biens médicaux.

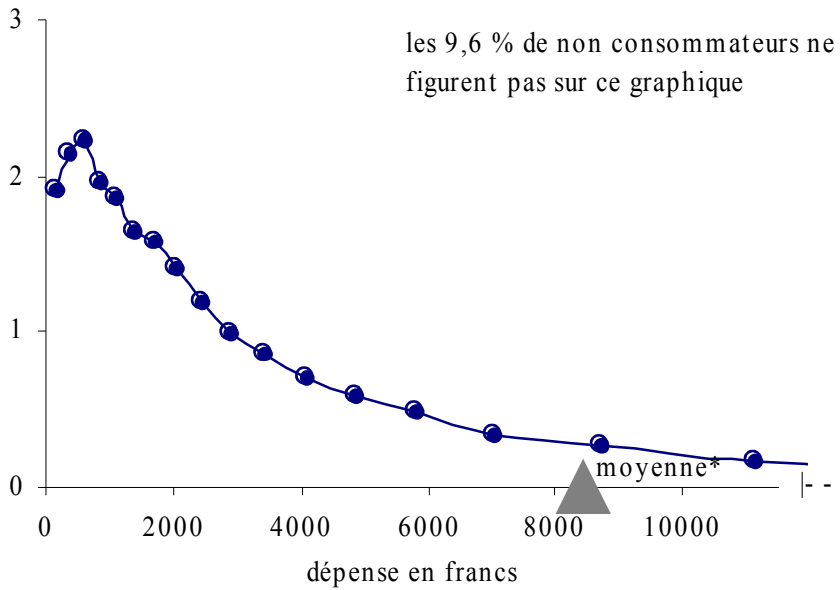
Pour faire face aux maladies courantes, les traitements les plus fréquents, correspondent à des soins ponctuels de base pour une affection aiguë ou au traitement de maladies chroniques stabilisées ou évoluant lentement. Elles comportent soit consultation médicale et traitement pharmaceutique qui, sur une période d'un an, concernent 44 % de la population, soit consultation médicale, traitement pharmaceutique et analyses biologiques qui sur la même période concernent 40 % de la population ; ces deux modalités, relativement simples, concernent donc ensemble 88 % des personnes.

Les personnes gravement ou lourdement touchées par la maladie peuvent cumuler différentes formes de traitement, la plupart bénéficient, sous une forme ou une autre, de soins hospitaliers entraînant des dépenses médicales relativement importantes. Environ 10 % des personnes sont dans ce cas : personnes ayant une consommation hospitalière élevée, intervention chirurgicale lourde, réanimation, long séjour, chimiothérapie, dialyse, ..., personnes âgées maintenues à domicile avec une prise en charge infirmière et médicale importante, patients associant une hospitalisation moins conséquente à des dépenses ambulatoires importantes, de pharmacie notamment, ou des soins de kinésithérapie et d'infirmiers.

Mais les dépenses médicales présentent un continuum, aucun seuil, aucune rupture ne permettent de distinguer, autrement que de manière arbitraire les gros des petits consommateurs, ce qui conforte l'idée intuitive que les états de santé sont continus. Les différents types de soins se cumulent et s'excluent rarement les uns les autres, de même que les maladies : être atteint d'un diabète ne soulage en rien l'arthrose, s'être fait une entorse n'empêche pas d'avoir une angine, d'où le continuum des dépenses médicales.

Plus la période de référence ou d'observation est courte, plus la probabilité de voir un, et a fortiori plusieurs médecins est faible, et plus il est difficile d'observer le circuit du patient, qui par définition se déroule dans le temps, et donc de dégager les liens possibles entre consommations de nature différente. Ainsi sur une période d'un mois, un tiers des personnes déclarent avoir eu recours au moins une fois à un médecin ; 19 % exclusivement à un (ou des) généraliste, 8 % exclusivement à des spécialistes et 6 % aux deux : parmi les 33 % de consultants de médecin en un mois 17 % ont consulté à la fois des généralistes et des spécialistes, mais sur un an ce sont 62 % des consultants de médecin qui ont consulté à la fois des généralistes et des spécialistes.

**Graphique 3 : Distribution de la dépense médicale par personne et par an**

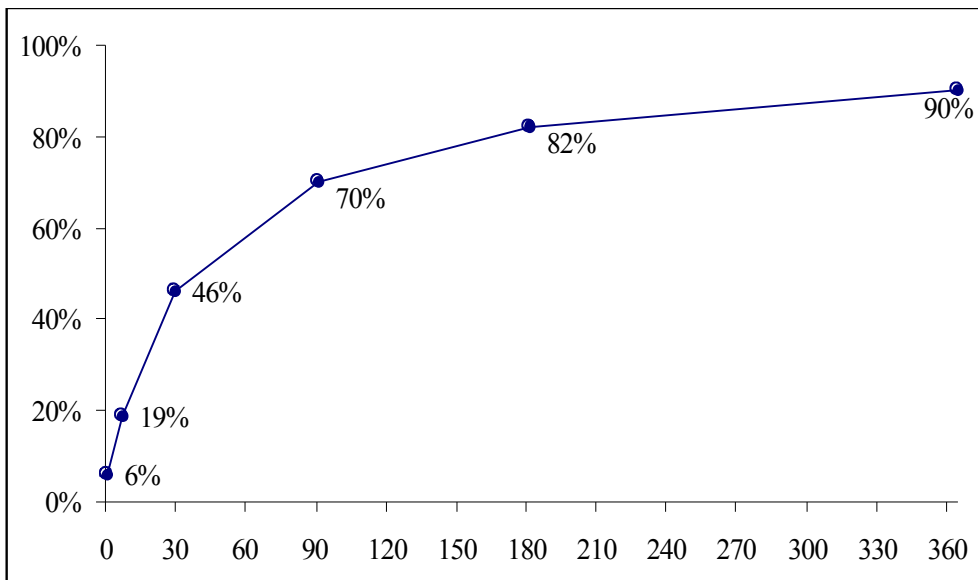


\* moyenne calculée sur l'ensemble de la population consommateurs et non consommateurs  
Données : Appariement ESPS-EPAS 1995-4 ans

**a. Concentration des dépenses médicales**

Plus la période est longue, plus forte est la probabilité d'avoir recours au système de soins pendant cette période. Le pourcentage de consommateurs de soins passe de 6 % un jour donné à 90 % en une année.

**Graphique 4 : Pourcentage de consommateurs de soins selon la durée en jours**



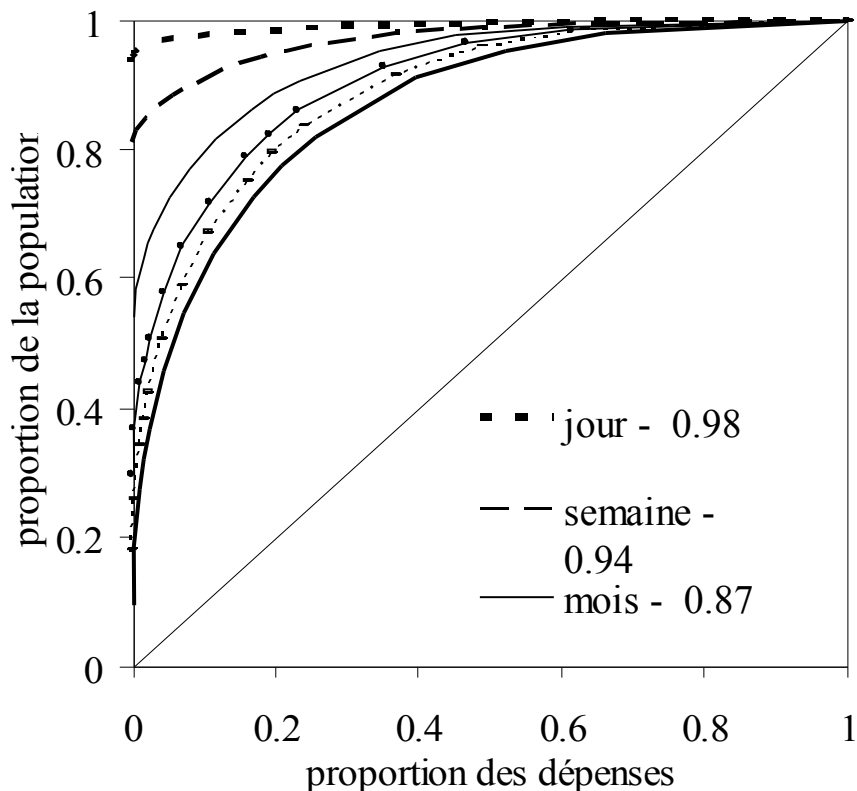
Données : Appariement ESPS-EPAS 1995-4 ans

Pendant une période donnée, une faible proportion de la population entraîne une part importante des dépenses médicales. Ainsi, en un an, 5 % de la population entraînent la moitié des dépenses et 10 % entraînent 37 % des dépenses ; inversement, parmi les faibles

consommateurs de soins, 10 % n'ont aucune dépense et la moitié de la population n'entraînent que 6 % des dépenses. Plus la période est courte, plus la dépense est concentrée sur un petit nombre de personnes ; ainsi 50 % de la dépense totale sont affectés à soigner 0,4 % des personnes en un jour, 0,9 % en une semaine, 1,9 % en un mois, 3 % en un trimestre, et 5,3 % en un an.

Cette concentration est représentée par une courbe<sup>8</sup> inscrite dans un carré de côté unitaire : plus la dépense est concentrée, plus la courbe est proche des côtés du carré, plus elle est uniformément répartie, plus elle se rapproche de la diagonale.

**Graphique 5 : Courbes de concentration selon la durée d'observation et indices de Gini**



Données : appariement EPAS-ESPS 1995

Lorsque la période s'allonge, la concentration des dépenses diminue, les courbes, proches des côtés du carré pour un jour ou une semaine, se rapprochent de la diagonale pour des périodes plus longues.

De manière plus synthétique, cette concentration est caractérisée par un paramètre, l'indice de Gini<sup>9</sup>, qui prend la valeur 0, si toutes les personnes ont la même dépense (égalité complète), et la valeur 1, si toutes les dépenses sont affectées à une seule personne, les autres personnes ayant une dépense nulle (inégalité maximum). L'indice de Gini des dépenses médicales est égal à 0,98 sur une période d'un jour, et diminue lorsqu'on allonge la période d'observation jusqu'à 0,73 pour une période d'un an.

La concentration des dépenses médicales a peu varié au cours du temps et les indices de

<sup>8</sup> dite courbe de concentration ou courbe de GINI

<sup>9</sup> égal à la surface comprise entre la courbe de concentration et sa symétrique par rapport à la diagonale principale



Gini calculés sur 3 mois à partir d'enquêtes auprès des ménages en 1970, 1980 et 1991 sont très proches.

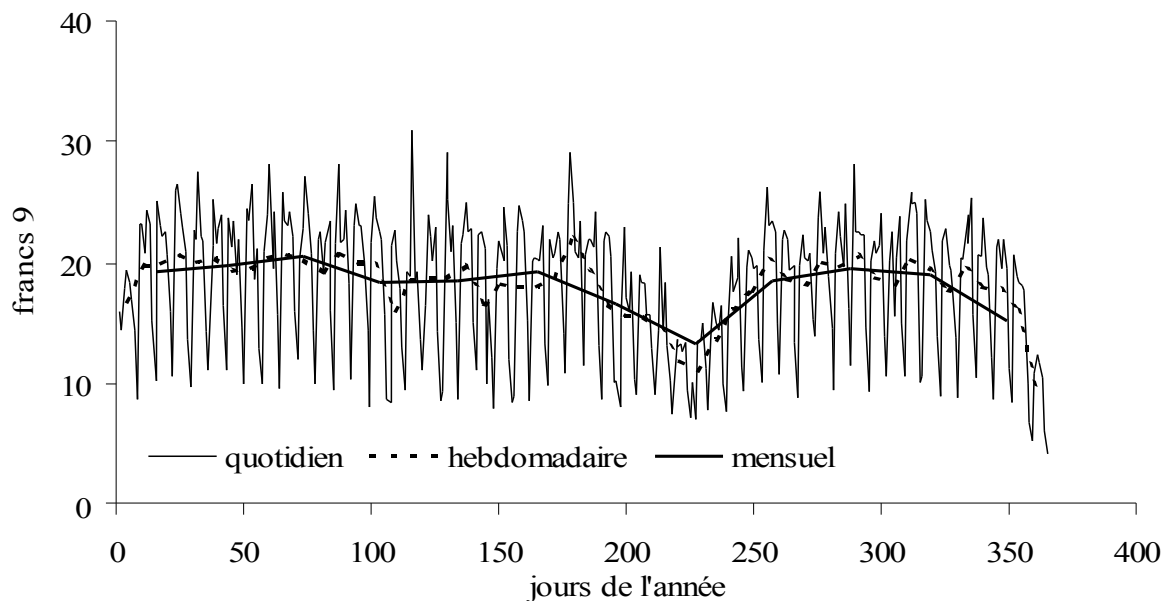
Cette très forte concentration est due à la grande variabilité de l'état de santé, entre les personnes et pour chacun au cours du temps, l'état de santé de chacun pouvant se dégrader très rapidement et de manière imprévisible.

C'est cette inégale répartition du risque maladie qui rend l'assurance nécessaire. Mais si la survenue des maladies est aléatoire, les risques ne sont pas également répartis dans la population, ils augmentent avec le vieillissement et sont liés aux conditions de vie et de travail, d'où la nature sociale de cette assurance. Un état de santé dégradé entraîne en général un faible revenu et le malade n'a pas la possibilité de payer ses soins : ce sont les personnes bien portantes à un moment donné qui payent pour les plus malades.

### ***b. Rythme et saisonnalité des consommations médicales***

La dépense médicale suit des variations au cours de l'année, liées aux cycles épidémiologiques, climatiques ou sociaux : on peut distinguer une composante saisonnière en ventilant l'année en mois ou en semaines et une composante hebdomadaire. La consommation médicale est moindre en été avec un minimum marqué à la mi août et plus forte en février mars en 1995.

**Graphique 6 : Consommation médicale quotidienne, hebdomadaire, mensuelle au cours de l'année**

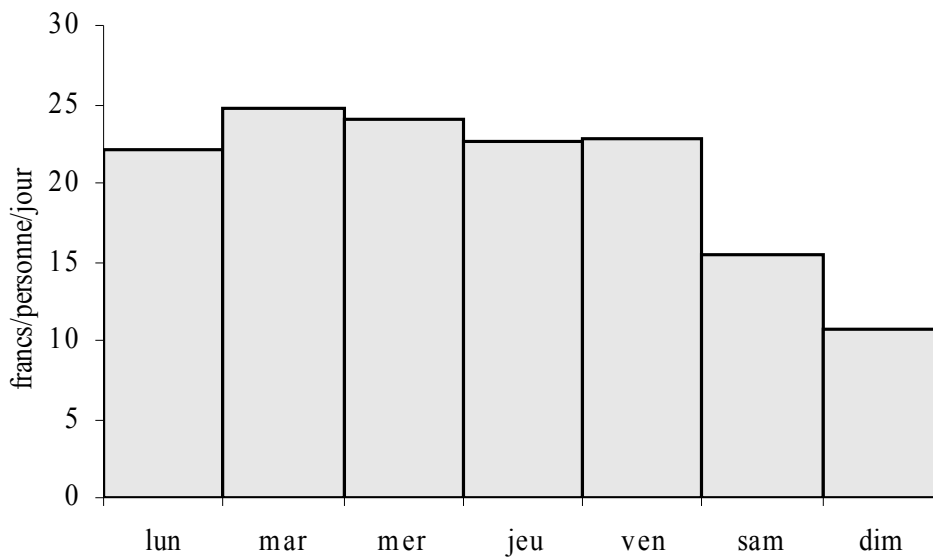


*Données : Appariement ESPS-EPAS 1995*

La consommation de soins médicaux varie au fil des jours de la semaine, du simple au double entre mardi et dimanche. Les samedi et dimanche sont des jours de faible consommation médicale aussi bien en soins hospitaliers qu'ambulatoires ; mardi et mercredi sont les jours de forte consommation.

Il existe aussi un cycle quotidien, certaines heures sont à forte densité de soins (fin de matinée, fin de journée) alors que les soins du milieu de la nuit sont exceptionnels et concernent essentiellement l'urgence.

**Graphique 7 : Dépense quotidienne selon les jours de la semaine**



Données : Appariement ESPS-EPAS 1995

### ***c. L'autonomie du patient, les comportements de soins spontanés***

Dans le domaine des soins, une grande partie de la consommation est prescrite ou conseillée par des professionnels, même si les traitements peuvent faire l'objet de « négociations » entre les patients et les médecins, dentistes etc. Et la question de l'autonomie de la demande de soins par rapport à l'offre reste toujours sous-jacente aux analyses de consommations médicales. Dans certains cas, la population a une part prépondérante d'initiative, par exemple pour l'appel direct au médecin, l'observance des traitements prescrits, la prévention (bilan, vaccination, détection systématique),... :

- consulter directement un médecin est plus fréquent lorsqu'il s'agit d'un généraliste, d'un pédiatre, d'un ophtalmologue ou d'un dermatologue,
- le traitement prescrit par un médecin peut être suivi plus ou moins fidèlement, le patient peut ne pas prendre un produit, modifier les doses, s'arrêter avant la date prévue etc. 15 % des adultes déclarent ainsi ne pas suivre strictement la prescription pharmaceutique du médecin généraliste, plus particulièrement les jeunes [3].

### ***d. Les autres manières de se soigner***

En dehors du champ des soins dispensés par des professionnels dont la qualification est sanctionnée par des diplômes reconnus et l'exercice soumis à des règles déontologiques, d'autres manières existent de se soigner et de prendre en charge ses problèmes de santé et sa santé en général. Ainsi en est-il de l'auto-diagnostic et de l'auto-prescription de produits pharmaceutiques ; pour traiter une maladie déjà connue ou considérée comme mineure et qu'on pense pouvoir traiter seul, la manière la plus simple, sans délai, sans attente et avec un déplacement minimum, est d'acheter directement des médicaments à la pharmacie. Par contre la dépense reste intégralement à la charge du patient. En un mois, 8 % des personnes déclarent avoir acheté au moins un produit pharmaceutique non prescrit. Le prix moyen du produit pharmaceutique (conditionnement) acquis sans prescription est de 36 francs, inférieur de 40 %

à celui du produit prescrit (59 francs [2]).

Par ailleurs, 9 % des personnes déclarent suivre un régime alimentaire prescrit par un médecin, contre le cholestérol, l'obésité, l'hypertension, le diabète,...

Des initiatives sont également prises pour améliorer l'état de santé, pratiques d'hygiène de vie, activités sportives,... D'autres actions individuelles portent sur la diminution des risques, ainsi, si 45 % des personnes de plus de 15 ans déclarent n'avoir jamais fumé, parmi celles qui ont fumé, 47 % ont arrêté, et parmi les fumeurs actuels 54 % déclarent avoir déjà tenté d'arrêter [2].

### ***e. Le recours à la médecine parallèle***

De même peut-on recourir à des « soignants » non reconnus, soit de pratique traditionnelle, guérisseur, rebouteux, magnétiseur etc. soit de pratique ou d'appellation plus récente, ostéopathe, chiropracteur, naturopathe, dont certaines comme la chiropractie sont reconnues dans des pays voisins. En 1997, près de 4 % des personnes déclarent avoir consulté au moins une fois aux cours des 12 derniers mois des professionnels n'appartenant pas au champ officiel de la médecine, (c'est à dire ni médecin, ni kinésithérapeute, ni psychologue etc.) prenant en charge des problèmes de santé de personnes qui leur sont en général étrangères et pour lesquelles ils sont rémunérés. Les plus souvent cités sont les guérisseurs, les rebouteux, les ostéopathes et les chiropracteurs. Le prix moyen d'une séance de rebouteux, guérisseur etc. est de l'ordre de celui d'une séance de généraliste et celui des autres praticiens d'une séance de spécialiste.

### ***f. Ceux qui ne se soignent pas***

En un an environ 10 % des personnes ne bénéficient d'aucun remboursement de Sécurité Sociale. Ces non-prestataires, pour la plupart jeunes, peuvent n'avoir pas été malades, ils peuvent aussi avoir bénéficié de consultation médicale dans le cadre de la médecine du travail ou scolaire, de bilan de santé etc.. avoir eu recours uniquement à des produits pharmaceutiques non prescrits, se soigner d'une manière non conventionnelle ou ne pas se soigner quelque soit leur état de santé ; ils peuvent avoir eu recours aux consultations externes ou aux urgences des hôpitaux<sup>10</sup>, ainsi 20 % des personnes de 15 ans ou plus déclarent avoir consulté un médecin dans un hôpital public au cours de l'année précédente [2].

---

10

*non répertoriés dans les fichiers de la Sécurité sociale*

### 3. Comment se soignent les malades et les personnes en bonne santé, les recours aux soins selon l'état de santé

Parmi les nombreux facteurs susceptibles d'expliquer la grande variation de la consommation médicale entre les personnes, l'état de santé est à priori l'un des plus importants, la réponse à la maladie et aux différents problèmes de santé étant, dans nos sociétés, cherchée avant tout auprès du secteur médical.

Plutôt que la santé, on enregistre des maladies, des infirmités, des « troubles de santé », et mesurant la morbidité ou l'état de maladie plutôt que la « santé », les personnes « en bonne santé » apparaissent en creux comme celles ne souffrant d'aucune maladie, infirmité, séquelle, ou trouble de santé.

Dans ce chapitre on tente d'isoler l'effet propre de l'état de santé sur la consommation médicale sans faire intervenir l'âge, bien qu'en moyenne les maladies et les problèmes de santé augmentent avec l'avancée en âge. Les différents indicateurs utilisés pour décrire les états de santé regroupent donc éventuellement dans une même classe des enfants et des quinquagénaires sans maladie connue ou des nourrissons et des octogénaires atteints d'au moins une pathologie grave entraînant un risque mortel à court terme.

#### 3. 1. Les maladies motifs de consommation médicale : nature et nombre de maladies par personne

La majorité des recours au système de santé à un moment donné le sont pour des maladies ou des symptômes. En dehors des cadres obligatoires comme la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine militaire etc. 7 % seulement des recours au médecin le sont exclusivement pour de la prévention : vaccination, examen systématique ou contraception.

#### 3. 2. La nature des maladies

Associer les consommations médicales aux maladies qui les ont engendrées suppose de définir ce qu'est une maladie, exercice complexe qui présente de nombreuses difficultés. Une solution opérationnelle simple est de définir les maladies « en extension » comme les entités appartenant à une liste établie par des experts, en général la Classification internationale des maladies (CIM) établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS), 10 révisions successives ont déjà été élaborées.

##### **Définir les maladies**

Comment définir une pathologie, une maladie, une infirmité, un « trouble de santé », où arrêter la frontière de la « maladie » ?

- Un comportement à risque comme le fait de fumer devient-il une maladie du fait qu'on lui a donné un nom « tabagisme » alors qu'une autre conduite également dangereuse (saut à l'élastique, motocyclisme) ne le serait pas ?

- Comment caractériser certains états non pathologiques, mais présentant néanmoins des risques spécifiques (puberté, maternité, ménopause) ?

- Une personne dont le physique ne correspond pas exactement aux normes esthétiques du moment et

qui désire modifier son aspect présente-t-elle un trouble de santé ? Quelle en serait la gravité ?

- Comment interpréter une réaction de « malaise » dans une situation sociale (chômage) ou familiale (décès d'un proche, divorce) difficile ?

- Comment évaluer les « maladies » muettes dont les effets peuvent être très graves, mais pas avant plusieurs dizaines d'années ?

Dans les enquêtes statistiques, le relevé des maladies (nombre, début, fin) et l'estimation de leur gravité dépendent, outre l'état de la connaissance médicale et des thérapeutiques disponibles, des modalités d'observation (personne enquêtée, précision des questionnaires, durée de l'entretien, nature des informations recueillies, nomenclatures etc.).

Bien évidemment les motifs de recours aux différentes composantes du système de soins diffèrent selon la nature des maladies, on ne soigne pas un infarctus comme une entorse, un cancer du sein comme une cataracte. Nous évoquons juste cette question ici en renvoyant le lecteur aux travaux spécifiques récents par pathologie [8, 16, 21, 36].

Certaines pathologies entraînent quasiment toujours une hospitalisation, de même que les accouchements, d'autres au contraire pratiquement jamais. Ainsi près de 12 % des séjours hospitaliers en service de court séjour (MCO) de plus de 24 heures ont comme diagnostic principal traité une maladie de l'appareil circulatoire, 11 % une maladie de l'appareil digestif et 8 % une tumeur. Pour les affections chroniques ou longues il est possible de comparer le nombre de personnes atteintes à un moment donné et les hospitalisations pour cette pathologie au cours de l'année. Bien que frustrées ces estimations mettent en évidence la variation des modalités de soins selon les pathologies. Ainsi le taux d'hospitalisation par an en court séjour par personne atteinte est deux fois plus élevé pour les affections cardiovasculaires que pour les affections ostéo-articulaires et près de trois fois plus élevé pour les tumeurs que pour les affections cardiovasculaires.

Sur 100 personnes tous âges confondus, on enregistre :

- 1,2 hospitalisations par an en court séjour pour une affection ostéo-articulaire, 25 % de la population déclarent être atteints de cette pathologie, soit 5 hospitalisations pour 100 personnes atteintes,
- 2,1 hospitalisations par an en court séjour pour une affection de l'appareil circulatoire, 21 % de la population déclarent être atteints de cette pathologie, soit 10 hospitalisations pour 100 personnes atteintes,
- 1,4 hospitalisations par an en court séjour pour une tumeur, 5 % de la population déclarent être atteints de cette pathologie, soit 27 hospitalisations pour 100 personnes atteintes [34].

Si les affections cardio-vasculaires sont, de même que pour l'hospitalisation, le motif engendrant le plus de consultations de médecins, les affections digestives et ostéo-articulaires n'apparaissent qu'en 6<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> position après les affections O.R.L., les troubles mentaux et du sommeil et la prévention.

Les mêmes chapitres de la pathologie se retrouvent également parmi les principaux motifs d'acquisition des produits pharmaceutiques mais dans un ordre légèrement différent, les médicaments des affections respiratoires et infectieuses étant acquis par 11 et 8 % de la population et les médicaments cardio-vasculaires par 11 % aussi [2].

### 3. 3. Le nombre de maladies

Au niveau de la personne, le nombre de maladies peut expliquer en partie sa consommation médicale.

En se basant sur la Classification Internationale des Maladies, le nombre de maladies dont déclare être atteinte une personne à un moment donné (2000) est de l'ordre de 3,4 en moyenne, en comptant les problèmes dentaires et les troubles de la vue ; 14 % ne déclarent aucune maladie, 18 % en déclarent une, 17 %, deux, 13 %, trois, 39 % en déclarent 4 ou plus ; le nombre de maladies par personne atteint ou dépasse la dizaine pour 5 % des enquêtés. Les maladies les plus souvent déclarées sont les maladies ostéo-articulaires (lombalgies, sciatiques), les troubles du métabolisme (surtout surpoids ou obésité), les maladies cardiovasculaires (dont la plus fréquente est l'hypertension), les troubles O.R.L. (dont beaucoup de surdités) ; puis viennent les maladies digestives, les troubles mentaux ou du sommeil, les maladies de l'appareil respiratoire (dont plus de la moitié sont des asthmes), les problèmes dermatologiques, les maladies du système nerveux, les tumeurs,... Or la présence simultanée d'affections différentes chez un patient et leur interaction possible modifie les recours aux soins : une hypertension artérielle ne se traite pas de la même façon si elle est isolée ou associée à un diabète et une obésité.

Estimer le nombre de maladies consiste à agréger des troubles de nature et de gravité différentes en les additionnant sans tenir compte de leur nature, la gravité des affections n'apparaît que rarement<sup>11</sup> dans la simple énumération des items de la classification ; si on désire l'introduire, la complexité est encore augmentée. Des premiers travaux en ce sens font apparaître que si une personne déclare être atteinte d'un nombre important de maladies, celles-ci sont en moyenne plus graves que celles d'une personne déclarant peu de maladies. Malgré ces réserves, la consommation médicale est fortement liée au nombre de maladies : la dépense médicale des personnes déclarant 8 maladies ou plus, est 6 fois plus importante que celle des personnes déclarant moins de 3 maladies [9].

Les recours augmentent pour presque tous les types de soins avec le nombre de maladies de la personne sauf les soins dentaires<sup>12</sup>, l'optique et le recours au pédiatre ou au dermatologue, qui concernent les enfants et les jeunes atteints en moyenne de peu de maladies.

Le recours aux examens biologiques et la dépense correspondante augmente régulièrement avec le nombre de maladies passant de 1 pour les personnes ayant une maladie à 6 pour celles en ayant onze ou plus, cette augmentation est donc moindre que strictement proportionnelle. Il en est de même pour les soins de généralistes. Augmentent plus que proportionnellement avec le nombre de maladies de la personne, les visites de généralistes, la consommation pharmaceutique et les soins d'auxiliaire.

Aucune économie d'échelle ne peut être attendue dans ce domaine, être diabétique et rhumatisant ne rendra en rien moins importants les soins nécessaires pour traiter une entorse ou une brûlure, ils risquent même de l'être plus compte tenu d'éventuelles précautions à prendre ; il semble cependant que, soit saturation du côté du patient, soit, pour le médecin, crainte qu'un trop grand nombre de traitements soit mal toléré par un malade fragilisé, soit peut être aussi pour des motifs financiers (la dépense, ou l'avance, devenant alors trop

<sup>11</sup> *Pour le diabète par exemple la CIM distingue plusieurs stades, de même que pour les tumeurs mais la classification ne permet pas de regroupements des affections par niveau de gravité et l'utilisation des items détaillés est impossible pour des analyses globales*

<sup>12</sup> *les soins dentaires sont en relation spécifiquement avec l'état de santé bucco-dentaire, l'optique avec la vision,...*

importante) la consommation par maladie diminue lorsque le nombre de maladies augmente. Les traitements ne pouvant indéfiniment s'ajouter les uns aux autres, du fait des interactions, des contre-indications, plus le cas est complexe, plus délicate est la mise en œuvre du traitement de chaque maladie [10].

### 3. 4. Les maladies entraînant l'exonération du ticket modérateur de la Sécurité sociale

Les soins relatifs à des maladie dites de longue durée<sup>13</sup> sont pris en charge intégralement par la sécurité sociale dans la limite des tarifs conventionnels. ... Environ 10 % des personnes protégées par le régime général sont dans ce cas.

Créée pour aider à faire face aux dépenses entraînées par des soins nécessaires et coûteux, l'exonération du ticket modérateur est consentie à des personnes dont la consommation médicale est par définition élevée. De fait, la consommation médicale des personnes exonérées totalement ou partiellement du ticket modérateur est en moyenne 10 fois plus importantes que celle des personnes non exonérées.

Les personnes exonérées sont hospitalisées 3 fois plus souvent que les autres et leur dépense d'hospitalisation est 13 fois supérieure (la plupart des hospitalisations coûteuses entraînent une exonération du ticket modérateur). Leur consommation de soins de ville est de 4 fois plus importante que celle des personnes non exonérées, et ce pour toutes les catégories de soins ; par ordre d'importance de la dépense, leur consommation est particulièrement forte en pharmacie (6 fois plus), biologie (4 fois plus), ou d'auxiliaires (12 fois plus), ...

Les personnes les plus gravement malades sont sous représentées dans les enquêtes en population générale. Ainsi en 1998, dans l'enquête auprès des ménages (ESPS), la proportion de personnes se déclarant exonérées du ticket modérateur pour ALD dans le Régime général (7,3 %) est-elle inférieure à celle calculée d'après les dossiers de Sécurité sociale<sup>14</sup> (10,6 %) :

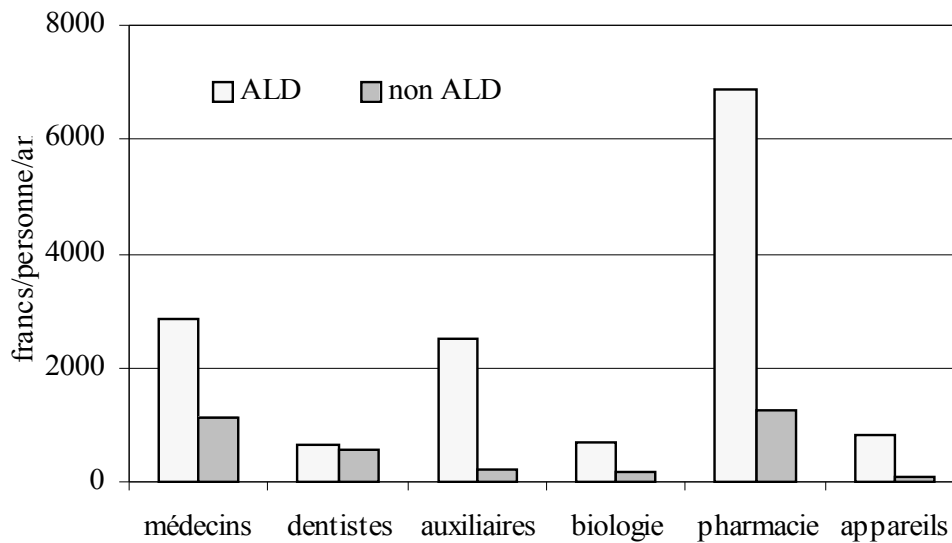
- pour les personnes non exonérées du ticket modérateur la consommation médicale des personnes enquêtées est proche de celle des personnes qui n'ont pas participé à l'enquête
- par contre pour les personnes exonérées du ticket modérateur la consommation médicale de celles non enquêtées est bien supérieure à celle des personnes enquêtées et largement plus orientée vers l'hospitalisation que vers la médecine de ville.

---

<sup>13</sup> Ces maladies figurent sur un liste de 30 établie par le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale, (diabète, artériopathie, tumeur, cardiopathie, psychose etc.) auxquelles s'ajoutent des maladies dites hors liste présentant une forme évolutive et invalidante ou une poly pathologie invalidante

<sup>14</sup> Echantillon permanent d'assurés sociaux

**Graphique 8 : Dépenses médicales selon l'exonération du ticket modérateur pour Affection de Longue Durée**



Données : EPAS 1998, appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES

La consommation médicale des personnes exonérées est donc sous estimée dans les enquêtes en population mais une partie de ce fort décalage provient du champ des enquêtes qui portent sur les « ménages ordinaires » à l'exclusion des personnes résidant en institution ; or ces dernières, qui représentent 1,2 % de la population, sont le plus souvent exonérées du ticket modérateur. Il en est ainsi pour les malades mentaux qui représentent d'après l'enquête HID<sup>15</sup>, 10 % des personnes résidant en institution et des personnes handicapées 19 % (12 % d'adultes avec une durée de présence dépassant 10 ans, 7 % d'enfants). Les autres personnes résidant en institution sont essentiellement des personnes âgées, 71 %, dont on peut penser que beaucoup sont aussi exonérées du ticket modérateur.

### 3. 5. Consommation médicale et état de santé : une relation de nature complexe

L'état de santé, en termes de maladie ou de dysfonctionnement des principales fonctions physiques ou mentales, n'est pas seulement la cause des recours aux soins, elle en est aussi une conséquence, ce qui rend complexe la nature de leur liaison.

L'état de santé à un moment donné dépend de multiples facteurs et entre autres, des soins antérieurs, mais de différentes manières, qui peuvent être opposées. Dans le cas d'une affection aiguë, appendicite par exemple, avant l'intervention chirurgicale l'état de santé est mauvais, avec un risque sur le plan vital (risque élevé en l'absence de soins, et fortement réduit dès lors qu'un traitement efficace est disponible), des douleurs entraînant une invalidité, pendant l'intervention le risque est maximum, par contre un ou deux mois plus tard, l'état de santé a retrouvé dans la très grande majorité des cas son niveau antérieur et n'est en rien corrélé aux soins liés à l'intervention, ce que traduit la séquence schématique « je suis malade donc je me soigne, et si le traitement est efficace je suis guéri, donc je ne me soigne plus » (*relation directe, de cause à effet*). A l'inverse, dans le cas d'une maladie chronique dont les traitements permettent d'empêcher ou de retarder l'aggravation, de réduire les invalidités et

15

*Handicaps, incapacités, dépendances*



les douleurs actuelles, et de limiter les complications, par exemple le diabète ou l'asthme, l'évolution de l'état de santé est lente et les soins sont liés d'assez près à cet état correspondant à la séquence « je suis malade donc je me soigne en permanence » (*relation directe, de cause à effet*) ce qui pourrait presque se traduire par « je me soigne, donc je suis malade » (*relation inverse, ou d'inclusion*).

Selon la nature et la gravité des maladies, l'efficacité et les mode traitements, le contexte général, la liaison entre état de santé et consommation médicale peut être plus ou moins forte. D'autant plus que le recours au système de santé s'est étendu (diffusé) bien au delà des affections qui mettent en jeu le pronostic vital à plus ou moins long terme ou qui entraînent une invalidité importante. Ainsi une partie de la population en bonne santé recourt plus ou moins fréquemment au secteur médical pour des motifs non liés à la maladie (prévention, contraception, performance, esthétique,...).

### ***a. Des dimensions pronostiques de l'état de santé : pronostic vital et invalidité***

Outre leur nombre la gravité de l'ensemble des maladies dont est atteinte une personne peut s'exprimer selon différentes dimensions, le pronostic vital, risque croissant de décès, la dépendance, gêne ou difficulté à pratiquer ses activités quotidiennes jusqu'à la dépendance à l'égard d'autre personne pour les soins personnels, la souffrance, la difficulté à communiquer,...

Si l'on considère l'état de santé comme une caractéristique globale de la personne, rejoignant la notion courante de bonne ou de mauvaise santé, différents indicateurs sont proposés.

Nous utilisons des indicateur synthétique, élaboré dès les années 1960, définis au niveau des personnes et intégrant les notions de gravité et d'association de maladies. Proches de la démarche médicale par sa construction, ces indicateurs s'apparentent à la notion intuitive de maladies graves qui risquent d'entraîner la mort à court terme, ou hypothèquent le pronostic vital à plus long terme, ou génèrent des dépendances importantes. A ce niveau, on peut traiter les situations limites ou celles dont l'effet grave n'apparaîtra que dans un avenir très éloigné, en les plaçant à un niveau de gravité aujourd'hui plus ou moins faible selon le degré de gravité et le délai d'incidence.

La gravité cumulée de l'ensemble des maladies dont souffre chaque personne est ainsi résumée dans deux dimensions, risque vital et invalidité. C'est une synthèse pronostique, estimée par un médecin mobilisant l'ensemble de ses connaissances, des différentes maladies, déficiences et infirmités. Il s'ensuit que ces estimations sont situées et datées ; un même tableau pathologique donnera lieu à des estimations de gravité différentes à 30 ans d'intervalle, selon les traitements disponibles.

Ces indicateurs sont fortement corrélés entre eux ; ils dépendent en partie des déclarations et du ressenti des personnes, de leur environnement, de leur niveau culturel etc.

Les indicateurs synthétiques de morbidité ne sont pas directement des indicateurs de « besoins de soins » mais on s'attend intuitivement à observer un lien fort entre niveau de l'indicateur de morbidité niveau de la consommation médicale, de fait quelque soit l'indicateur de morbidité, la consommation médicale augmente avec la dégradation de l'état de santé ainsi mesuré.

#### **Indicateurs de santé ou indicateurs de morbidité ?**

Les indicateurs dits « de santé » se réfèrent tous à des maladies ou à des conséquences de maladies :

décès, déficiences, incapacité, handicaps, invalidités,... De même, les indicateurs « subjectifs d'état de santé » sont évalués par référence à un état de santé supposé bon, tous les autres étant « moins bons » voire franchement « mauvais ». Il s'agit donc toujours de niveaux de morbidité.

Des tentatives ont bien été faites de définir des indicateurs de « santé positive », mais elles n'ont encore donné lieu à aucun travail convainquant.

Pour décrire l'état de maladie, nous utilisons deux dimensions, le risque vital et l'invalidité, synthétisant au niveau de chaque personne une gravité pronostiquée résultant de l'ensemble des maladies, déficiences et infirmités, dont elle souffre. A partir de ces deux éléments, deux indicateurs unidimensionnels sont créés, chacun une fonction bien définie, l'indicateur de morbidité et l'âge morbide :

- l'indicateur de morbidité unidimensionnel (IMU) permet l'analyse de l'effet de l'âge sur la consommation médicale « à morbidité égale »,
- l'âge morbide permet d'étudier l'effet de la morbidité, complétée par l'intégration de l'usure de l'âge, sur la consommation médicale ; l'usure de l'âge se traduit par le « vieillissement relatif », différence entre l'âge morbide et l'âge chronologique. L'âge morbide permet d'étudier l'effet des variables socio-économiques sur la consommation médicale à état de santé comparable.

L'appréciation subjective par chacun de son état de santé est aussi un indicateur pertinent pour l'analyse de la consommation médicale.

## ***b. Le pronostic vital***

L'état de santé, bon ou mauvais, ne se conçoit que pour les personnes vivantes. Le décès marque la fin du processus complexe de la vie. C'est en quelque sorte la proximité à ce stade ultime que vise à appréhender le risque vital.

Ce pronostic porté par le médecin est relatif au risque de décès couru pour chaque personne du fait de ses affections et/ou infirmités. La bonne santé étant, selon cette composante, de ne pas être porteur de maladies ou d'infirmités engageant le pronostic vital<sup>16</sup>.

Les risques liés au mode de vie les plus connus comme le tabagisme, le fait de trop boire d'alcool ou l'obésité sont pris en compte dans l'évaluation du risque. Par contre, les risques collectifs liés à l'environnement, aux conditions de travail ou aux charges familiales ne sont pas intégrés. De même, il peut arriver de mourir de manière (médicalement) imprévisible, par accident par exemple, en quelque sorte en bonne santé<sup>17</sup>, et cette éventualité est difficilement intégrable dans notre indicateur faute d'informations suffisamment précises à la fois sur les conditions de vie et sur l'importance des risques encourus (ces risques ne sont pas uniformément répartis selon l'âge, le sexe, la profession, le lieu de résidence,...).

### **Les classes de risque vital**

L'échelle de risque vital retenue est exprimée dans un vocabulaire médical, elle est qualitative et strictement ordonnée, le passage d'un niveau à un autre correspondant à un risque plus grand.

Ces définitions sont complétées par des exemples précis de pathologie. La notion de risque n'a pu être quantifiée que dans les deux classes correspondant aux cas les plus graves.

<sup>16</sup> *Il s'agit d'un risque dans un avenir pas trop lointain, ainsi un risque élevé mais pas avant une quarantaine d'années ne sera pas pris en compte ; il apparaîtra et augmentera lorsque l'échéance se rapprochera.*

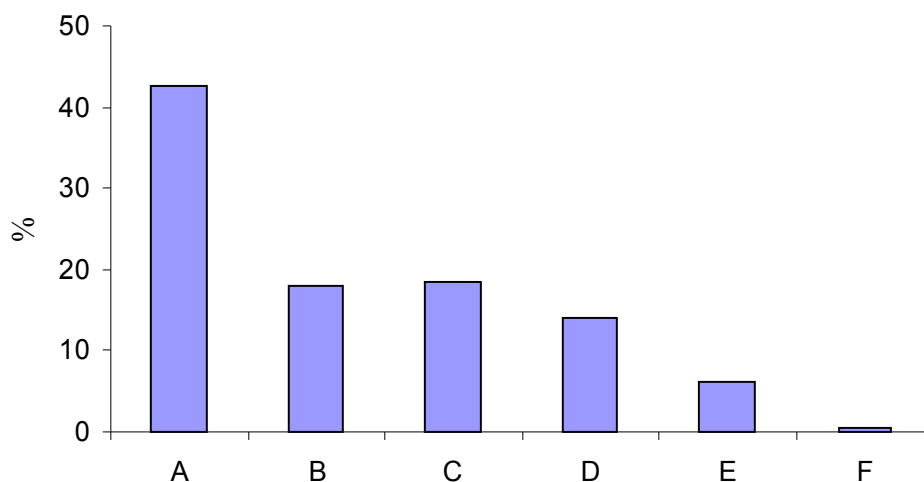
<sup>17</sup> *Ou à l'issue d'une nouvelle maladie non encore apparue et détectée au moment de l'observation.*

- A. Aucun indice de risque vital
- B. Pronostic péjoratif très faible
- C. Pronostic péjoratif faible
- D. Risque possible sur le plan vital
- E. Pronostic probablement mauvais (plus de 50 % de décès dans les 10 ans)
- F. Pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de décès dans les 5 ans).

Notons que pour évaluer le pronostic vital, les médecins ne tiennent compte de l'âge des personnes que dans la mesure où certaines maladies peuvent être aggravées ou au contraire voir leur évolution ralentie selon l'âge.

La plupart des soins augmentent avec le risque vital. Les personnes présentant un pronostic vital élevé sont proportionnellement les plus nombreuses à être hospitalisées, surtout en médecine et en moyen séjour, à suivre des traitements ambulatoires lourds (dialyse, chimiothérapie etc.), à avoir recours aux cardiologues, aux gastro-entérologues, aux infirmiers et à utiliser les transports sanitaires ; leur dépense de soins médicaux est de 8 fois supérieure à celle des personnes ne présentant aucun risque. Seuls les recours aux dentistes, l'optique, et certains spécialistes, dermatologue, gynécologue et pédiatre n'augmentent pas avec le risque vital.

**Graphique 9 : Répartition des personnes selon le risque vital**



*Données : appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES*

Non seulement le niveau des soins augmente avec le risque vital, mais leur structure même se modifie : l'hospitalisation, la consommation pharmaceutiques, les soins d'auxiliaires, les transports sanitaires augmentent très vite et occupent une part grandissante de la consommation médicale, alors que les soins dentaires, l'optique, les soins de dermatologues augmentent peu, voire stagnent ou diminuent.

### **c. L'invalidité**

Il s'agit d'un bilan sur la validité de chaque enquêté, que porte un médecin au vu de l'ensemble du dossier. Cette vision médicale comporte un élément pronostic puisque, établie à un moment donné, elle évalue l'état permanent des personnes enquêtées : les déficiences ne

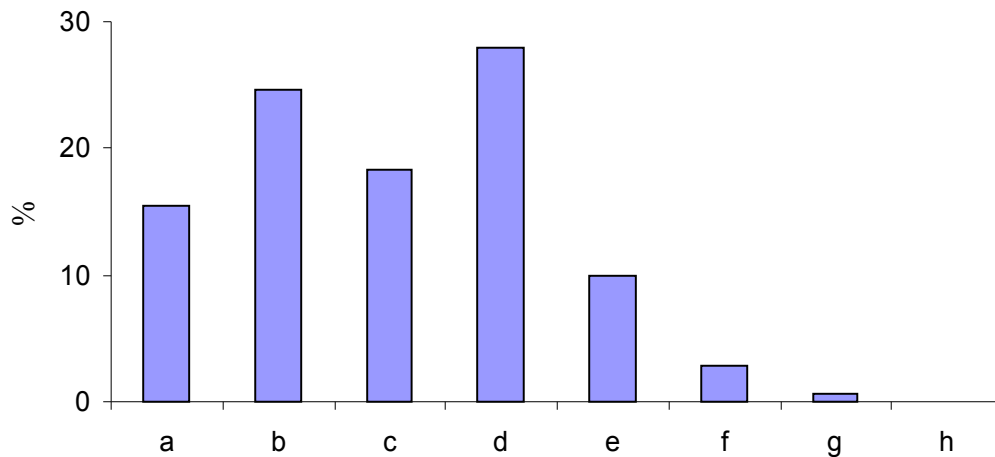
sont retenues que lorsqu'elles ont été jugées permanentes (sont exclues les gênes inhérentes à un épisode aigu, varicelle, entorse, grippe, etc.). Le médecin, pour appliquer strictement cette définition, doit porter un pronostic sur le caractère passager ou non des déficiences (par exemple, fracture de jambe chez une personne âgée).

### Les classes d'invalidité

De même que pour le risque vital l'échelle retenue est qualitative et strictement ordonnée.

- a. Pas de gêne
- b. Gêné de façon infime
- c. Peu gêné
- d. Gêné, mais mène une vie normale
- e. Doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques
- f. Activité réduite et/ou ralentie
- g. N'a pas d'autonomie domestique
- h. Alitement permanent.

**Graphique 10 : Répartition des personnes selon l'invalidité**



*Données : Appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES*

Cette notion d'invalidité est définie pour un type de société, à une époque donnée et n'a de sens que dans ce contexte précis, incluant à la fois les conditions de vie, les connaissances médicales et les thérapeutiques habituellement utilisées, mais aussi les réglementations en cours (l'existence ou non d'allocations, les tensions sur le marché du travail, l'âge de la retraite, etc.). Par ailleurs, elle fait référence « à une vie normale » tout aussi difficile à définir que l'état de santé lui-même. Elle inclut donc en partie l'idée que se font les médecins des rôles sociaux de chacun. Les réactions sociale, familiale ou personnelle, à une difficulté de nature médicale conduiront donc selon la situation à affecter une personne à une classe d'invalidité nulle, très faible ou faible, voire d'importance moyenne.

L'invalidité entraîne un accroissement de l'hospitalisation, tout particulièrement en moyen

séjour et en psychiatrie, mais aussi en médecine et chirurgie ; les médecins les plus sollicités sont les rhumatologues, les psychiatres, les rééducateurs ; de même, la consommation de soins infirmiers et de kinésithérapie augmente fortement avec l'invalidité.

A partir d'un niveau élevé, l'accroissement de l'invalidité restreint l'accès à certains soins, de spécialistes, mais aussi de généraliste ; les personnes n'ayant aucune indépendance dans la vie quotidienne ou grabataires ont moins souvent recours à pratiquement tous les médecins, y compris les généralistes et entraînent une dépense moindre ; par contre, leur consommation de soins infirmiers, de kinésithérapie, de pharmacie et de biologie augmente continûment.

#### ***d. L'appréciation subjective de l'état de santé***

D'autres indicateurs synthétiques de morbidité ne font pas intervenir directement un pronostic médical mais sont basés sur la perception qu'ont les personnes de leur état de santé et son auto-évaluation. Si l'état de santé est difficile à mesurer et même à définir de manière rigoureuse, chacun en a une idée intuitive et sait, ou croit savoir, s'il est en bon ou en mauvais état de santé. Cette notion est d'autant plus pertinente que le recours aux soins, au moins dans un premier temps est sans doute plus lié à la perception de l'état de santé qu'à la morbidité réelle.

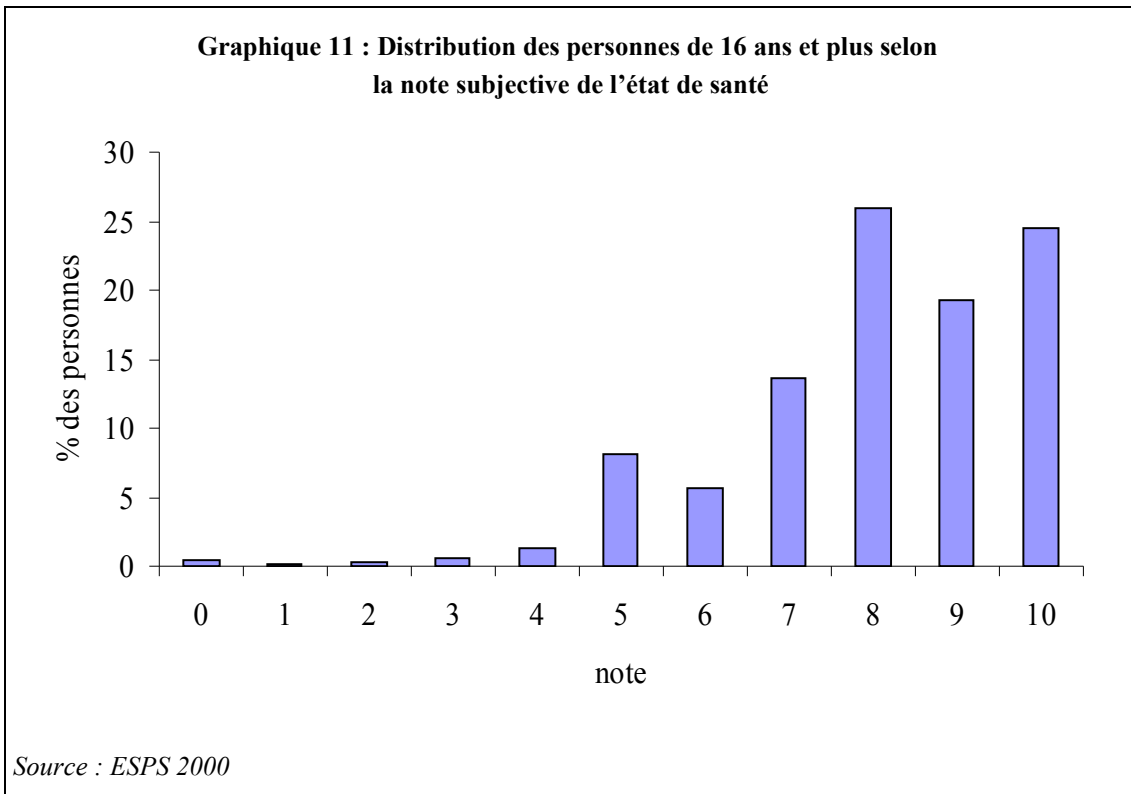
La perception d'un mauvais état de santé est plus souvent associée à une forte invalidité qu'à un mauvais pronostic vital. On conçoit que les difficultés à mener une vie normale soit plus prégnantes et plus souvent perçues comme un mauvais état de santé qu'un risque sur le plan vital qui ne se concrétisera peut-être pas et, en tous cas, seulement dans un avenir plus ou moins lointain.

Dans toutes les enquêtes où ce type de questions est posé, les personnes apparaissent globalement satisfaites voire très satisfaites de leur état de santé. Dans une appréciation allant de 0 à 10, 42 % des personnes de 16 ans et plus se situent à 9 ou 10 et seules 3 % se situent en dessous de 5.

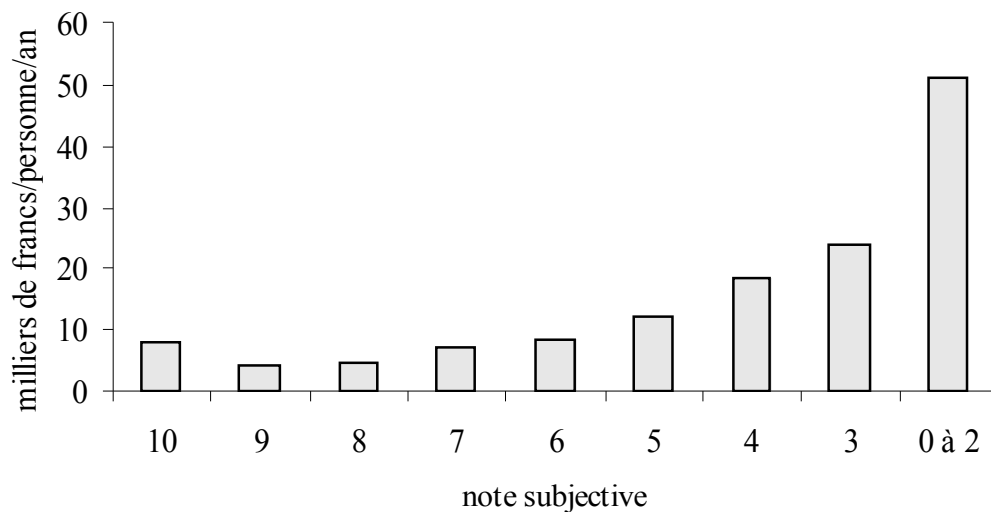
#### **Indicateur subjectif d'état de santé**

Chaque enquêté doit personnellement remplir un questionnaire sur sa santé dans lequel on lui demande, entre autre, de noter son état de santé sur un échelle de 0 à 10 , 0 correspondant à un très mauvais état de santé et 10 à un excellent.

**Graphique 11 : Distribution des personnes de 16 ans et plus selon la note subjective de l'état de santé**



**Graphique 12 : Dépense médicale par personne selon l'auto évaluation de l'état de santé**



Données : appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES

Les personnes déclarant un très mauvais état de santé, de 0 à 2 sur une échelle de 0 à 10 ont aussi une consommation médicale élevée, du même ordre de grandeur que celle des personnes ayant un risque vital et/ou une invalidité grave.

### 3. 6. Etat de santé et consommation médicale, une liaison floue au niveau individuel mais porteuse d'enseignement

Si les personnes en mauvaise santé ont, en moyenne les consommations médicales les plus élevées et celles en meilleure santé les consommations médicales les plus faibles, au niveau individuel la relation statistique est floue, et n'explique qu'une faible part de la grande dispersion des consommations médicales individuelles.

La complexité du phénomène, le poids des aléas et les méthodes d'observation expliquent cette faible liaison qui permet cependant de mettre en évidence le poids relatif des différentes dimensions de la morbidité sur la consommation médicale.

### 3. 7. La prise en compte du temps dans l'observation de la consommation médicale et de l'état de santé

Selon les moments ou périodes où sont respectivement observés les recours aux soins et l'état de santé, et selon la nature des maladies, leur liaison peut être plus ou moins forte. Alors que les soins sont des services ou des biens dont la consommation peut sans trop de difficulté être mesurée au cours d'une période donnée, mois, trimestre ou année, l'observation et la mesure de la morbidité au niveau individuel posent des problèmes non résolus : la morbidité incidente, en général aiguë, est enregistrée, pour chaque maladie, pendant une période, alors que la morbidité prévalente, le plus souvent chronique est enregistrée un jour donné ; c'est pourquoi, selon les moments ou périodes où sont respectivement observés les recours aux soins et l'état de santé, la liaison entre ces deux variables peut être plus ou moins forte.

Dans le cas de personnes atteintes d'affections chroniques et si la période n'est pas trop longue, l'état de santé peut être considéré comme stable et les soins sont liés d'assez près à cet état appréhendé en fin, en début ou en milieu de période, et la consommation médicale sera proportionnelle à la durée d'observation ; de fait, le coefficient de corrélation entre la dépense médicale moyenne pendant un mois et la dépense pendant les 11 autres mois est de 0,55.

Par contre dans le cas d'affections aiguës, les soins sont concentrés sur une courte période et une estimation de l'état de santé en dehors de cette période masque la relation entre consommation médicale et état de santé.

Deux points sont à noter sur ces problèmes de séquences :

- les maladies chroniques peuvent présenter des périodes aiguës imprévisibles et dont les conséquences en termes de soins peuvent être importantes,
- même si la maladie est stabilisée, la consommation médicale, au sens économique du terme<sup>18</sup>, n'est pas permanente, elle se fait à des moments non prévisibles, pour peu que la période d'observation contienne ou non l'un ou plusieurs de ces moments, les montants observés prennent des valeurs très différentes.

### 3. 8. L'état de santé peut-il expliquer la consommation médicale ?

Au niveau individuel, les indicateurs de morbidité n'« expliquent<sup>19</sup> » que très partiellement la consommation médicale, et la variance résiduelle est de beaucoup plus importante que la

<sup>18</sup> *achat (ou acquisition gratuite) du bien ou du service*

<sup>19</sup> *au sens statistique du terme*

variance « expliquée ».

**Tableau 5 : Part expliquée de la variance par les indicateurs de morbidité (données individuelles)**

	dépense par personne	Coefficient de variation	% expliqué par le risque vital	% expliqué par l'invalidité	% expliqué par la note subjective*
Dépense médicale totale	8274	3,0	7,0	8,6	6,8
Dépense de ville	4752	1,5	17,1	18,7	14,5
Dépense d'hospitalisation complète	2666	6,6	2,5	2,7	2,2

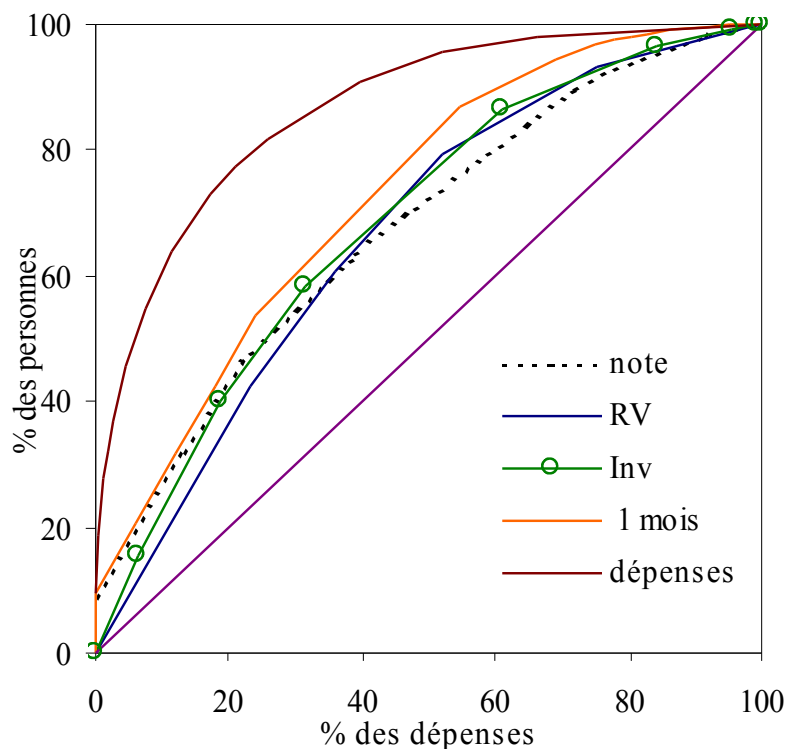
Données : appariement ESPS-EPAS 1995 – 4 ans ; \* : personnes de 16 ans et plus

En classant les personnes par morbidité croissante selon les différents indicateurs utilisés, la concentration des dépenses médicales (éloignement entre la courbe et la diagonale) indique le niveau de la relation entre l'indicateur et la dépense.

Les liaisons entre la dépense médicale et l'invalidité ou le risque vital sont de même ordre de grandeur ; les 50 % de personnes les moins malades entraînent entre 26 % et 28 % de la dépense totale et les 20 % les plus malades, environ 47 %.

C'est avec la note subjective que la liaison est la plus faible, les 50 % de personnes déclarant le meilleur état de santé entraînent 26 % de la dépense totale et les 20 % déclarant les plus mauvais états de santé, 40 %.

**Graphique 13 : Concentration de la dépense médicale selon les indicateurs de morbidité**



Données : appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES



A titre de comparaison rappelons que dans l'ensemble de la population (coefficient de GINI = 0,73) les 50 % plus faibles consommateurs entraînent 22 % des dépenses et les 20 % les plus forts consommateurs 52 %.

**Tableau 6 : Coefficient de Gini et pourcentage des dépenses selon les indicateurs de santé**

	Coefficient de Gini	50 % les moins malades	20 % les plus malades
Invalidité	0,40	26 %	46 %
Risque vital	0,38	28 %	47 %
Note subjective	0,35	26 %	40 %
Dépense médicale	0,73	6 %	76 %
11 mois / 1 mois	0,45	22 %	52 %

*Données : appariement EPAS-ESPS 1995-4, estimation ARgSES*

Les indicateurs de morbidité sont observées sur un mois et estimés à un moment donné alors que la dépense médicale est observée au cours d'un an. La consommation médicale est extrêmement dispersée entre les personnes et pour une même personne au cours du temps.

Dans ce contexte quelque peu chaotique, les mesures synthétiques de l'état de santé représentent néanmoins un assez bon prédicteur de la consommation médicale globale au niveau individuel. Les incertitudes portent avant tout sur la nature des maladies et sur les traitements disponibles, ensuite sur la durée et la période d'observation, enfin sur l'extension du recours aux soins, qui s'est étendu bien au delà des affections mettant en jeu le pronostic vital ou l'invalidité.

Au cours des dernières décennies, le lien entre état de santé et recours aux soins s'est modifié en même temps que l'évolution des traitements et l'estimation de la gravité des maladies.

## 4. Comment se soignent les jeunes et les vieux, les hommes et les femmes

Contrairement à l'état de santé, l'âge est bien connu, mais c'est une caractéristique démographique et sociale complexe, qui intègre outre une indication sur l'état de santé probable, l'appartenance à une génération, à un passé et à des habitudes communes. Bien que l'histoire sanitaire de chacun soit unique, l'état de santé, d'une manière générale, se dégrade avec l'avancée en âge ; des régularités physiologiques communes marquent le vieillissement, et de manière différente pour les hommes et les femmes. En outre ces histoires s'inscrivent dans un contexte médical, social et économique qui évolue rapidement. De même le sexe associe des phénomènes physiologiques liés à la reproduction et à la sexualité et d'importantes implications sociales, entraînant des recours spécifiques aux soins.

Les recours aux soins recouvrent des phénomènes intriqués de nature complexe mêlant des caractéristiques et des comportements individuels à des phénomènes collectifs. A un moment donné les liaisons entre recours aux soins et facteurs démographiques traduisent :

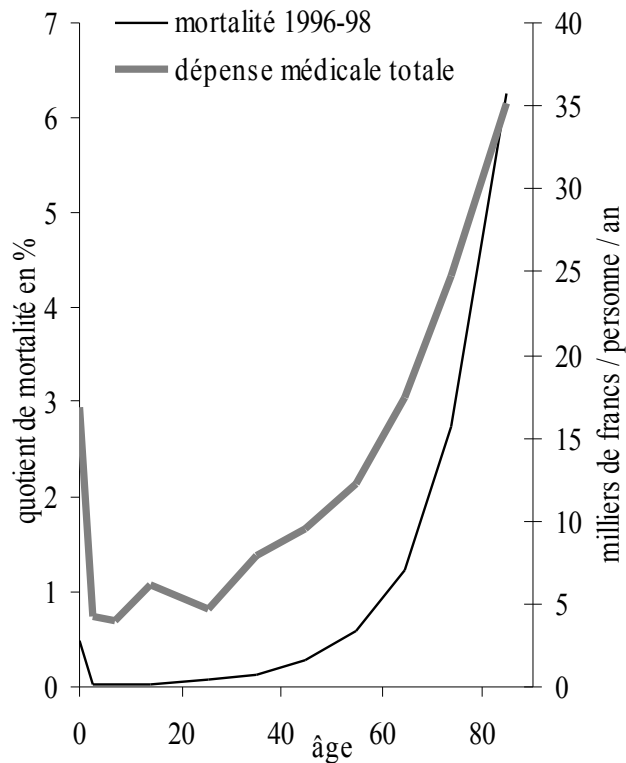
- ❖ la détérioration de l'état de santé avec l'avancée en âge : en moyenne les personnes de 70 ans par exemple sont en moins bonne santé que celles de 20 ans (ceci n'infère pas que certaines personnes de 70 ans ne puissent être en très bonne santé et en meilleure santé que certaines personnes de 20 ans),
- ❖ l'effet de génération et de sexe : dans les différents domaines de la vie, travail, loisirs, vie sociale etc.... les comportements des jeunes et des vieux, des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes, les différentes générations n'ont ni les mêmes expériences individuelles ou collectives, ni les mêmes bagages culturels, professionnels etc., leur recours aux soins est marqué des mêmes différences,
- ❖ les comportements des producteurs de soins : les traitements sont modulés par les médecins et les autres soignants selon les possibilités thérapeutiques supposées liées à l'âge des patients et à leur environnement.

Dans un premier temps nous présentons la variation de la dépense médicale globale en fonction de l'âge et du sexe et dans un deuxième temps la structure de la dépense médicale et ses différentes composantes. La dépense médicale globale correspond en quelque sorte à la fonction soins, en agréant des services de nature différente, elle permet de s'abstraire des substitutions possibles, par exemple ville-hôpital, généraliste-spécialiste.

Sur une période d'une année rares sont les personnes qui n'ont recours à aucun soins ou biens médicaux, seuls se distinguent par leur moindre recours les jeunes hommes, alors que les nourrissons et les personnes âgées consomment toutes peu ou prou des soins.

Les nourrissons de moins d'un an ont une dépense médicale supérieure à la dépense moyenne, proche de celle des sexagénaires, les enfants avant l'adolescence ont la dépense la plus faible. Après 30 ans la dépense médicale augmente régulièrement avec l'âge, et cette augmentation est de plus en plus rapide. Au delà de 80 ans les personnes ont une dépense médicale environ triple de la dépense moyenne.

Graphique 14 : Quotient de mortalité et dépense médicale totale selon l'âge, France 1998



\* Source : INSEE ; J. Merlière, EPAS 1998, Régime général ; ESPS-EPAS appariement 1995, Estimation ARgSES

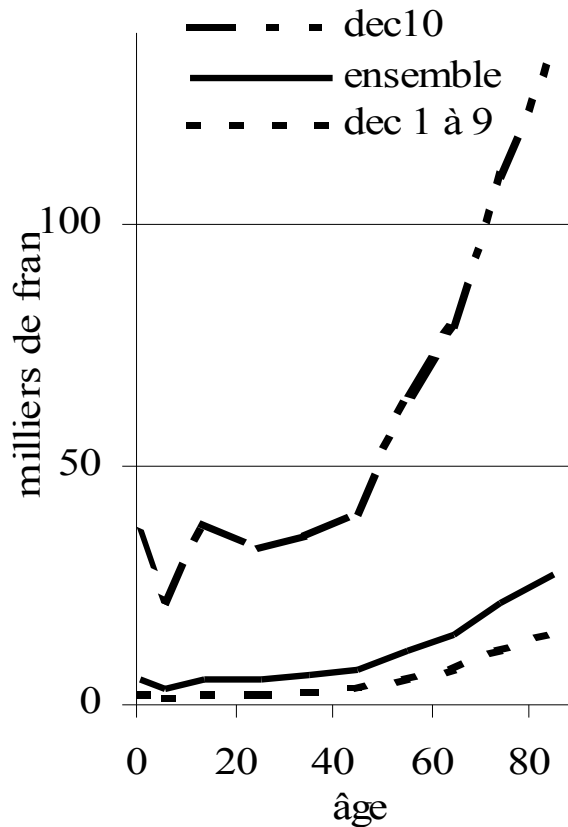
De même que les quotients de mortalité, la dépense médicale varie avec l'âge selon une courbe en J avec un maximum local pour les nourrissons, un minimum pour les enfants (entre 5 et 9 ans), suivi d'une croissance marquée par deux irrégularités, l'une entraînée par les séjours des enfants handicapés dans les institutions médico-sociales, l'autre par les maternités et les accidents des jeunes adultes.

A partir de 30 ans, tant la mortalité que la dépense médicale augmentent régulièrement, mais à des rythmes différents, d'environ 3,2 % par an pour les quotients de mortalité et de 1,5 % pour les dépenses médicales.

Les différences de consommation médicale en fonction de l'âge sont donc importantes, mais la variation entre individus d'une même classe d'âge est bien supérieure à celle observée en moyenne entre les classes d'âge : la dépense médicale des 10 % de personnes le plus âgées, celles de 67 ans et plus, est de 2,5 fois la moyenne alors que la dépense des 10 % les plus gros consommateurs de soins est de 6,2 fois supérieure à la dépense moyenne.

Quelque soit leur âge, les personnes les plus malades ont une dépense importante. Pour le mettre en évidence, on distingue pour chaque classe d'âge les 10 % plus forts consommateurs (décile 10) et les 90 % restants.

**Graphique 15 : Dépense médicale moyenne selon l'âge des plus gros consommateurs et des autres**



Données : Appariement ESPS-EPAS 1995-4

La seule dépense des 10 % plus gros consommateurs entraîne un doublement de la dépense moyenne ; cette proportion est maximum pour les enfants (2,4), et diminue avec l'âge jusqu'à 1,8 pour les personnes de 80 ans et plus.

La dépense médicale des 10 % d'enfants les plus consommateurs de soins est supérieure à la dépense moyenne des 90 % de personnes de 80 ans et plus les moins consommatrices. En dehors de la classe 10-19 ans, le minimum et les maxima se retrouvent aux mêmes âges.

#### 4. 1. Les différents soins, profils et structures, évolution

Le montant des dépenses est un indicateur global qui traduit l'importance financière des soins et pas le comment se soigner c'est à dire le contenu de cette dépense. Une même dépense globale n'implique pas une même manière de se soigner, ainsi les nourrissons ont une forte consommation hospitalière, de soins de pédiatre et de généraliste alors que la même dépense pour les personnes de 50 à 59 ans est engendrée par la pharmacie et une palette variée de soins de médecins. Ces recours à des soins différents selon l'âge des personnes entraînent que chaque consommation médicale présente, à un moment donné, un profil spécifique en fonction de l'âge et du sexe.

**tableau 7 : Dépense par type de soins selon le sexe estimation 1998<sup>20</sup>**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Hospitalisation	5650	4725	5184
Ambulatoire	4239	5574	4940
<i>Médecin</i>	<i>1078</i>	<i>1509</i>	<i>1304</i>
<i>Dentiste</i>	<i>524</i>	<i>627</i>	<i>578</i>
<i>Auxiliaire</i>	<i>332</i>	<i>598</i>	<i>472</i>
<i>Biologie</i>	<i>190</i>	<i>302</i>	<i>249</i>
<i>Pharmacie prescrite</i>	<i>1639</i>	<i>2143</i>	<i>1899</i>
Autres	442	407	433
Ensemble	10331	10706	10557

Source : EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

A tous les âges, la dépense médicale des hommes est supérieure à celle des femmes sauf aux âges de la maternité et chez les plus âgés, et au total, tous âges confondue, la dépense médicale des deux sexes est de même niveau. Cependant, ils diffèrent fortement dans leur manière de se soigner, les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes sauf aux âges de la maternité et leurs dépenses d'hospitalisation sont supérieures d'environ 20 % à celle des femmes alors que ces dernières ont plus souvent recours aux soins de ville à tous les âges entraînant des dépenses supérieures d'environ 30 % à celle des hommes, tant pour les soins de médecins, de dentistes et d'auxiliaires que pour la pharmacie prescrite.

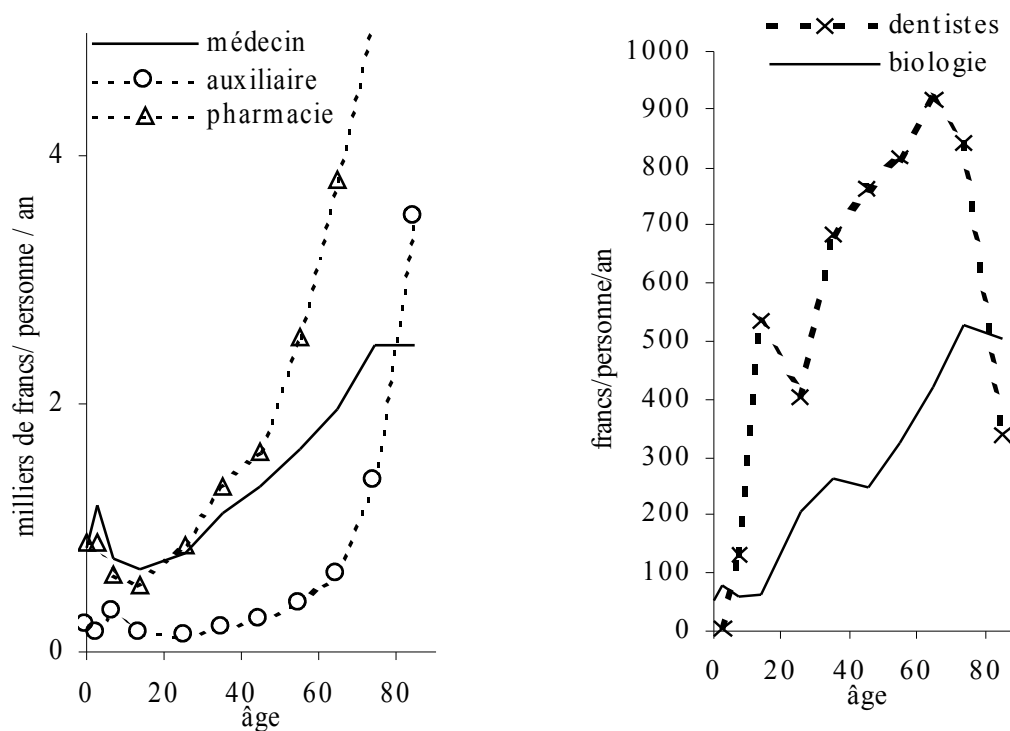
L'hospitalisation (gr. 27), les soins de généraliste au domicile du patient (gr. 28), les soins d'auxiliaires, la pharmacie et les appareils augmentent avec l'âge et très rapidement à partir de 60 ans.

Les consultations de généraliste et de spécialiste, les analyses médicales, les transports sanitaires augmentent continûment avec l'âge pour les adultes puis stagnent ou décroissent à partir de 80 ans.

Les soins dentaires varient en sens inverse, minimaux pour les enfants et les personnes âgées, maximaux pour les adultes jeunes.

<sup>20</sup> La dépense évaluée à partir des prestations de Sécurité sociale ne prend pas en compte les soins non remboursés, pharmacie ou actes d'auxiliaires non prescrits,... ou pour lesquels le remboursement n'a pas été demandé.

**Graphique 16 : Profils selon l'âge de différentes consommations médicales**



Données : EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Les très jeunes enfants ont une dépense d'hospitalisation qui dépasse celle de l'ensemble des autres soins de même que les personnes de 70 et 79 ans et surtout les personnes de 80 ans et plus. De même que les taux d'hospitalisation en court séjour, les durées de séjour augmentent, passant de 3 jours entre 1 et 4 ans à près de 10 jours après 85 ans [34].

Les enfants et les jeunes adultes ont une dépense en soins de médecin supérieure à celle de pharmacie prescrite et d'auxiliaire, alors qu'après 40 ans la dépense de pharmacie prescrite dépasse celle de médecin, elle atteint le double autour de 65 ans, et à partir de 80 ans la dépense d'auxiliaire dépasse aussi la dépense de médecin dont la part dans l'ensemble des soins de ville ne cesse de décroître passant de la moitié avant 4 ans à moins de 20 % à 80 ans et plus.

Ces profils de consommation médicale en fonction de l'âge dépendent en partie de la ventilation retenue pour ces consommations, traduisant le lien entre chaque catégorie de soins et les pathologies, elles-mêmes fortement liées à l'âge ; ainsi la consommation de soins de spécialistes augmente entre 20 et 60 ans et diminue ensuite, mais à un niveau plus fin de spécialisation, les soins de cardiologie, par exemple, augmentent fortement et sans interruption avec l'âge après 50 ans ; de même, la consommation pharmaceutique augmente avec l'âge mais décroît si l'on considère uniquement la classe des « antibiotiques, anti-infectieux et anti-parasitaires ».

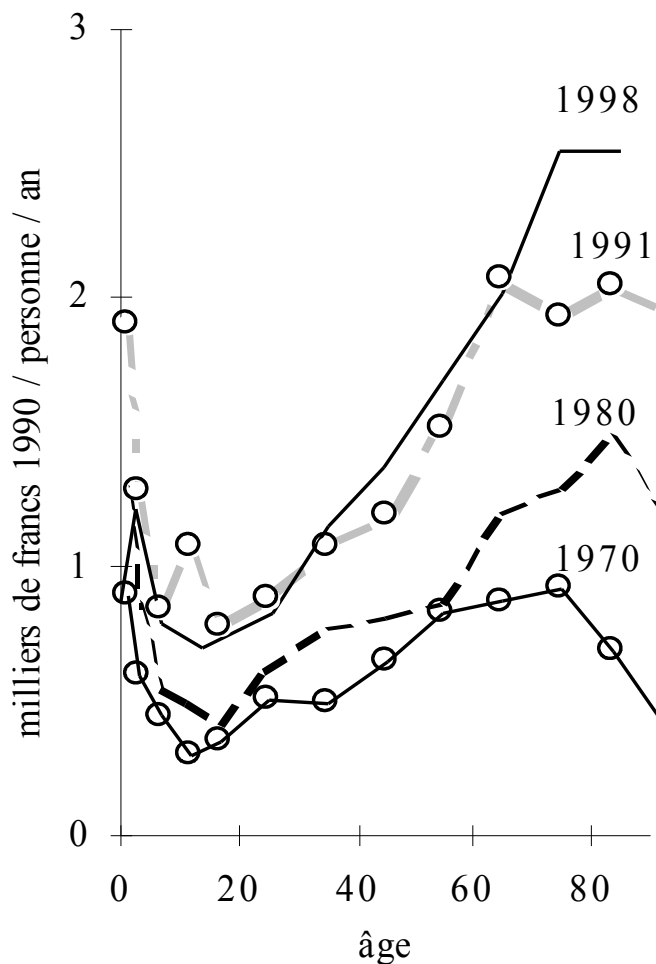
### Evolution

Ces profils ne sont pas non plus immuables dans le temps et dans un contexte de consommations médicales en fort développement certains ont varié au cours des dernières décennies en relation avec l'expansion ou la régression de maladies et avec l'apparition ou la

diffusion de nouveaux traitements.

L'effet de l'âge sur la dépense médicale totale s'est accentué depuis 1970 dans la mesure où l'augmentation des dépenses médicales a profité plus particulièrement aux personnes les plus fragiles, nourrissons et personnes âgées et surtout très âgées ; du fait de leur fragilité elles n'avaient pas accès à certains soins et en particulier les plus techniques, les progrès de l'anesthésie, des techniques moins invasives leur ont permis de bénéficier d'une plus large palette de soins. Les personnes âgées ont bénéficié de plus en plus souvent de soins de spécialistes et d'examen d'imagerie et ainsi que les nourrissons de soins de kinésithérapie. De même les soins dentaires qui ne concernaient que les adultes jeunes en 1960, se sont diffusés vers les enfants d'un côté avec le traitement des dents provisoires et l'orthodontie et vers les personnes âgées avec l'augmentation et des soins conservateurs et des prothèses fixes. En optique les enfants ont été appareillés de plus en plus jeunes.

**Graphique 18 : Soins de médecin selon l'âge et l'année d'observation**



Sources : enquêtes décennales sur les soins et la consommation médicale 1970, 1980, 1991, EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Alors que toutes les consommations médicales augmentent au cours du temps, les visites de généralistes au domicile du patient stagnent, voire diminuent depuis le début des années 90 ; elles ont baissé pour tous les âges sauf pour les personnes de 80 ans et plus pour lesquelles elles ont augmenté dans le cadre de la politique de maintien à domicile.

Globalement, la consommation de soins de médecin par exemple, a plus augmenté pour les

personnes âgées que pour les adultes plus jeunes.

## 4. 2. Comment se soignent les différents groupes démographiques

Quoique les transitions des comportements vis à vis des soins soient progressives au cours de la vie, les jeunes hommes ne se soignent pas comme les hommes âgés et de même pour les femmes. La présentation par groupe démographique permet de mettre en évidence ces variations de consommation médicale, mais comme dans toute segmentation d'une variation continue, les limites des groupes démographiques sont en partie arbitraires. Les groupes ont été définis en fonction des principales étapes biologiques et sociales de la vie, (puberté, adolescence, majorité, âge de la maternité, âge de la retraite) et des ruptures ou modifications qu'elles entraînent dans la consommation de soins. Neuf classes d'âge ont ainsi été définies :

**Tableau 8 : Importance des groupes démographiques**

	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Ensemble (en %)
Nourrissons, de la naissance à moins de 2 ans	1,3	1,2	2,5
Les jeunes enfants, de 2 à 12 ans	7,0	6,7	13,8
Les adolescents, de 13 à 17 ans	3,4	3,2	5,6
Les jeunes adultes, de 18 à 25 ans	5,3	5,1	10,4
L'âge de la maternité, de 26 à 39 ans	10,3	10,3	20,6
La maturité active, de 40 à 54 ans	10,5	10,6	21,1
La transition vers la retraite, de 55 à 64 ans	4,5	4,7	9,3
L'après retraite, les jeunes vieux, de 65 à 79 ans	5,4	7,0	12,3
Le grand âge, 80 ans et plus	1,1	2,5	3,6
Ensemble	48,7	51,3	100,0

Source : INSEE

## 4 .3. Les nourrissons, de la naissance à 2 ans

La naissance est un événement à haut risque sanitaire et, par mesure de précaution, la grande majorité des 750 000 accouchements annuels ont lieu, en France, en milieu hospitalier. A leur naissance, 6 nouveaux nés sur cent sont hospitalisés<sup>21</sup> en plus de l'hospitalisation relative à leur naissance, dans un service autre que de gynécologie. Les nouveaux-nés de moins d'un mois occasionnent près de 6,5 % des journées d'hospitalisation

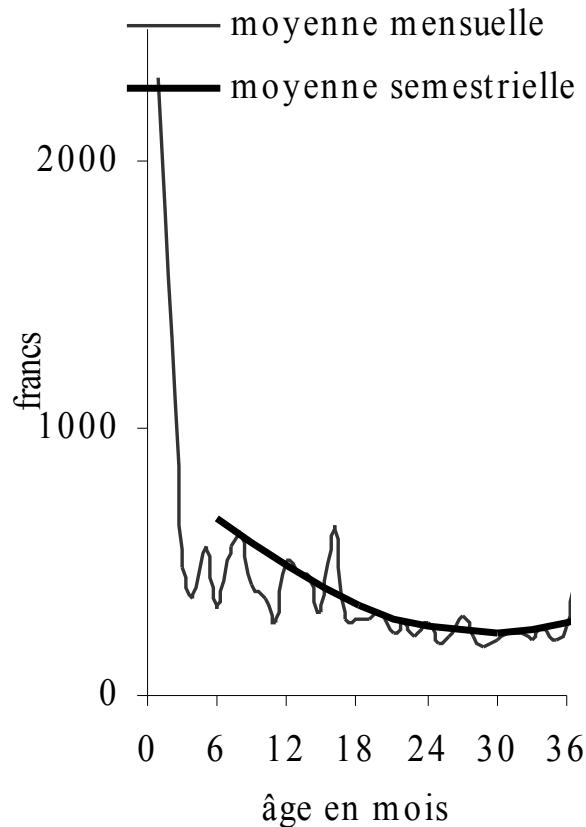
<sup>21</sup> *la plupart des naissances ont lieu en milieu hospitalier et les accouchements sont considérés comme une hospitalisation de la mère ; ils deviennent hospitalisation du nourrisson, s'il bénéficie de soins ou d'examen particuliers (enquête. hospitalisation du ministère xx).*



en court séjour alors qu'ils représentent 1,2 % de la population.

Au cours de la première année<sup>22</sup> la consommation médicale est importante et décroît ensuite rapidement avec le nombre d'années. Un phénomène similaire existe au niveau des mois, à l'intérieur même de cette première année ; le premier mois de la vie la consommation médicale est cinq fois plus importante que la moyenne de l'année entière, et trois fois plus le deuxième mois ; dès le troisième mois, la consommation se stabilise. Cette variation est essentiellement due à l'hospitalisation

**Graphique 17 : Dépense médicale mensuelle des nourrissons**



*Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES*

Passé le cap périlleux de la naissance, les nourrissons sont encore fragiles, leur hospitalisation (recours et dépense) reste élevée mais diminue rapidement. Les petits garçons sont plus souvent hospitalisés que les petites filles : 45 séjours dans des services hospitaliers de court séjour pour 100 garçons de moins de 2 ans et 35 pour 100 filles.

Dans les services hospitaliers publics de court séjour, où ont lieu la plupart des hospitalisations des enfants de moins de 2 ans, le nombre de points ISA<sup>23</sup> des soins hospitaliers est supérieur de 10 % environ pour les garçons que pour les filles. Les petits garçons sont donc à la fois plus souvent hospitalisés et quand ils le sont, ils reçoivent des soins plus lourds

<sup>22</sup>

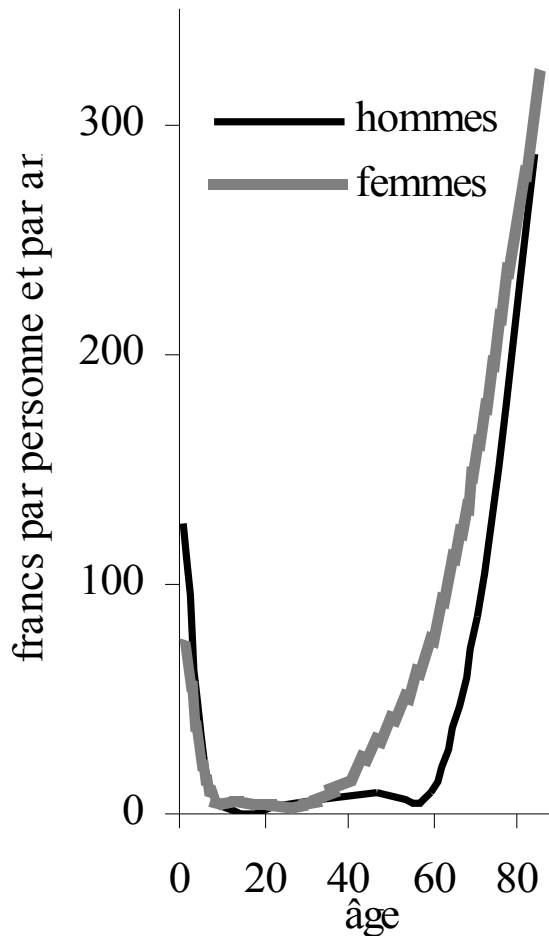
*La consommation annuelle des nourrissons une année civile donnée est sous estimée, car chaque enfant n'est présent, donc susceptible de bénéficier de soins, qu'une partie de l'année, plus ou moins longue selon son mois de naissance. Ce biais est corrigé, par la prise en compte de la durée réelle de présence des nourrissons de moins d'un an, ce qui conduit à un coefficient multiplicatif de 1,5 pour l'estimation de la dépense médicale la première année de vie (12 mois).*

que les petites filles, ce qui est à rapprocher de leur taux de mortalité plus élevé.

Vulnérables sur le plan sanitaire, les recours aux soins des nourrissons, en dehors des hospitalisations, sont fréquents, mais s'agissant pour une grande part de séances de prévention ils engendrent peu de soins coûteux.

En médecine ambulatoire ce sont les généralistes, les pédiatres, les radiologues et les kinésithérapeutes qui prennent surtout les nourrissons en charge. Les recours aux médecins pour des motifs de prévention, examen systématique et vaccination, sont fréquents.

**Graphique 19 : Dépense de kinésithérapeute au domicile du patient**



Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Les généralistes effectuent 63 % des séances de médecins destinées aux nourrissons et les pédiatres 26 % ; les radiologues, les ORL et les ophtalmologues interviennent de manière plus épisodique.

Les séances de généraliste ont lieu au domicile de l'enfant près d'une fois sur deux alors que c'est le cas de moins d'une séance de pédiatre sur dix ; en terme de dépenses, les soins à domicile représentent 25 % des soins de médecin et 60 % des soins de kiné.

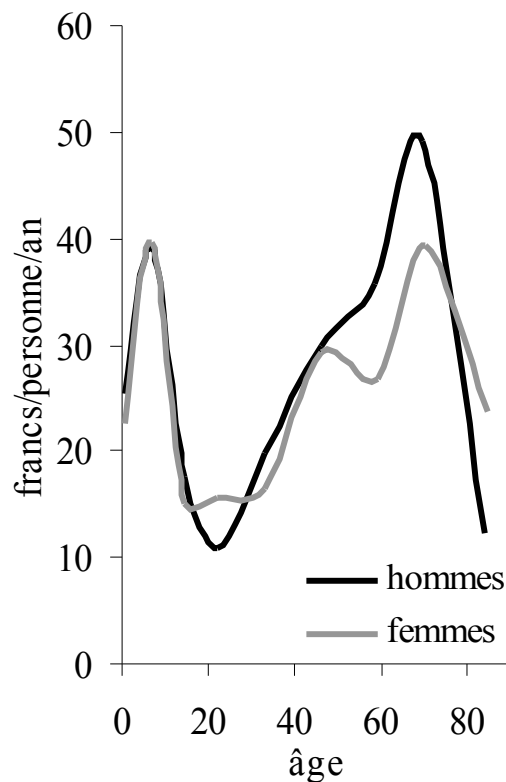
<sup>23</sup> Depuis quelques années, l'activité hospitalière outre le nombre de séjours et le nombre de journées est mesurée par l'indice synthétique d'activité, mesuré en points dits « points ISA » attribués à chaque séjour, qui traduit l'importance des soins dispensés au cours de ce séjour.

En un an 32 % des nourrissons sont soignés exclusivement<sup>24</sup> par des généralistes libéraux, 15 % uniquement par des spécialistes libéraux, pédiatres essentiellement et 53 % par ces deux types de médecins. Les nourrissons consomment fréquemment des produits pharmaceutiques prescrits mais les produits acquis sont en moyenne peu coûteux, leur dépense vaut 60 % de la dépense moyenne tous âges réunis. Ils sont aussi des consommateurs fréquents de produits pharmaceutiques non prescrits mais leur dépense représente là presque une fois et demie la dépense moyenne.

De même que pour l'hospitalisation les consommations médicales ambulatoires des petites filles sont moins élevées que celles des petits garçons.

#### 4. 4. Les jeunes enfants 2 à 12 ans

**Graphique 20 : Dépense de soins d'ORL**



*Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES*

En terme de dépenses comme de recours, les jeunes enfants sont pratiquement les plus faibles consommateurs de tous les types de soins, sauf ceux qui leur sont spécifiquement destinés, soins de pédiatre et structures médico-éducatives, à cet âge la consommation médicale totale est la plus faible. Le recours à l'hospitalisation, aux soins de généralistes, de pédiatres, de kinésithérapie, les traitements pharmaceutiques et la biologie diminuent jusqu'à un minimum qui se situe selon les soins entre 6 et 10ans. Au delà de ces âges charnières ces soins

<sup>24</sup>

*non compris la PMI*

augmentent de nouveau avec l'âge, sauf ceux de pédiatre, et les recours à d'autres praticiens se développent : ophtalmologue, O.R.L., dermatologue (gr. 22) et surtout dentiste (gr. 21). La fréquence des séances de prévention diminue. Sur une période d'un an, 4 % des enfants n'ont pas vu de médecin, du moins dans un cadre libéral (ils ont pu être examinés dans le cadre de la médecine scolaire ou en consultation externe des hôpitaux), 13 % ne l'ont vu qu'une seule fois, mais 43 % ont eu au moins 6 séances de médecins et 13 % au moins 12. A ces soins médicaux s'ajoutent des soins dentaires pour 27 % des enfants et l'acquisition de lunettes pour 11 %. Environ 7 % ont bénéficié de soins infirmiers et 4 % de kinésithérapie.

Le début de la scolarité et l'apparition de difficultés dans l'apprentissage de la lecture ou de l'écriture (ou de difficultés d'adaptation) entraînent pour 6 % des enfants le recours à l'orthophoniste. Dans le domaine de la santé mentale, outre les psychiatres ou psychologues de ville, 5 à 6 % des enfants sont suivis dans des structures particulières, centre médico-psycho-pédagogique en particulier. 0,7 % des enfants sont pris en charge dans des établissements spécialisés pour enfants handicapés et 0,9 % en hospitalisation de jour dans des établissements psychiatriques.

Outre les soins courants, 6 % des enfants sont hospitalisés dans l'année. C'est à ces âges que les séjours en service de médecine ou de chirurgie, sont les moins fréquents et les durées les plus courtes, environ 2,5 jours. Parallèlement les soins hospitaliers reçus pendant ces séjours, mesurés en points ISA, sont aussi les plus faibles (source PMSI). En moyenne 2 % des enfants subissent une intervention en chirurgie ambulatoire dans l'année et 1 % suivent des traitements ambulatoires lourds.

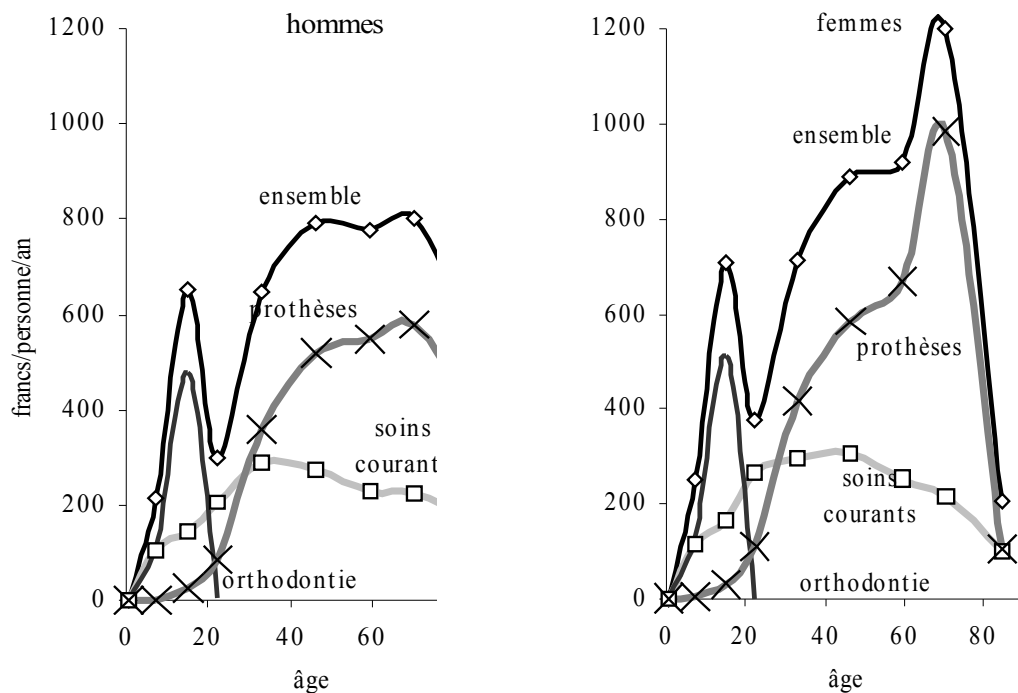
Les différences entre garçons et filles se manifestent à ces âges par la plus grande fragilité des garçons, des taux d'accidents plus élevés, et de plus grandes difficultés d'adaptation à la vie scolaire voire des problèmes psychiatriques. Les garçons sont plus souvent hospitalisés pour des accidents de la vie courante et le recours au médecin pour cause d'accidents est deux fois plus fréquent pour eux que pour les filles. Ils sont plus souvent suivis en Centre médico-psycho-pédagogique que les filles et les garçons sont majoritaires, 65 %, dans les établissements pour enfants handicapés [32].

#### 4. 5. Les adolescents (13 à 17 ans)

L'adolescence est une période charnière, de rupture ou du moins de changement rapide dans la physiologie et les comportements des jeunes, qui s'émancipent par rapport aux parents et aux adultes. Ces modifications se répercutent sur la manière de se soigner.

Par rapport aux jeunes enfants les recours aux généralistes diminuent, du fait de la baisse sensible de visites de généralistes à domicile, ainsi que les consultations de pédiatre et d'O.R.L. et les séances d'orthophoniste. Par contre les soins dentaires et de stomatologues augmentent sensiblement ainsi que l'imagerie.

**Graphique 21 : Dépense de soins dentaires par nature selon l'âge et le sexe**



Données : EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

A partir de 16-17 ans les jeunes filles commencent à consulter les gynécologues et leur dépense de biologie est supérieure à celle des garçons. La prise en charge de l'orthodontie par l'Assurance maladie se traduit par un maximum des soins dentaires autour de 14 ans suivi d'une baisse très rapide.

Les recours à l'ophtalmologue et les acquisitions d'optique (lunettes, lentilles) concernent en un an environ 15 % des adolescents, plus fréquemment les filles que les garçons.

Les taux d'hospitalisation en court séjour des adolescents et des adolescentes et leurs dépenses d'hospitalisation sont proches [3, 12]. Par contre les adolescents recourent plus souvent que les adolescentes aux soins de suite et de réhabilitation et aux institutions médico-sociales. 0,6 % des jeunes entre 13 et 17 ans sont pris en charge dans des institutions pour enfants handicapés et aux environs de 0,06 % dans les hôpitaux psychiatriques ; la proportion de garçons parmi eux atteint près des deux tiers [32].

#### 4. 6. Les jeunes adultes ( 18 à 25 ans)

Sur le plan économique et social, c'est une période de transition marquée souvent par le départ du domicile des parents, l'entrée dans la vie professionnelle, le début de la vie en couple, la naissance des premiers enfants, etc. Ce passage vers l'âge adulte amorce une différenciation sexuelle fortement marquée en termes de recours aux soins et de grandes différences apparaissent entre hommes et femmes. C'est aussi la période de la vie où les jeunes hommes ont un taux de mortalité près de trois fois plus important que celui des jeunes femmes.

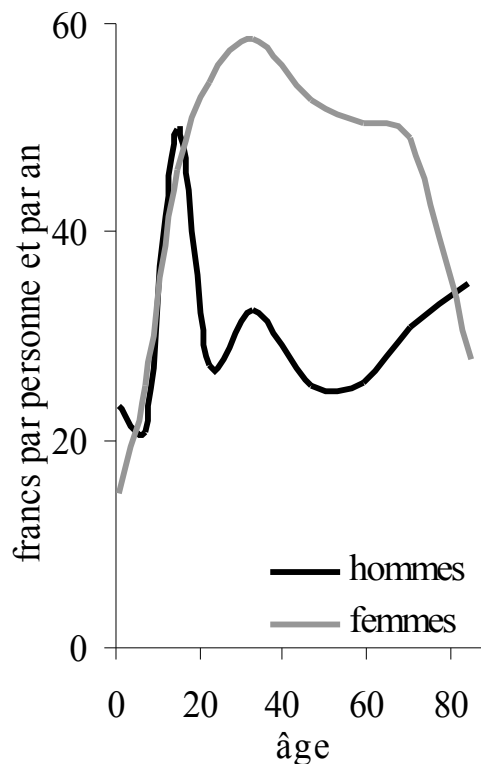
Outre les généralistes, les jeunes adultes consultent les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues, spécialistes consultés le plus souvent à l'initiative des patients. La fréquentation d'adulte du système de santé est d'ailleurs souvent initiée pour les jeunes

femmes par la prise en charge médicale de la contraception alors que les hommes jeunes, se tiennent plutôt éloignés du système de soins sauf en cas d'accidents ou d'affections aiguës, ce que montre leur faible recours aux séances de prévention<sup>25</sup>. Les conditions de vie, tout spécialement le fait de vivre seul ou en couple ont un fort impact sur la manière de se soigner ; les jeunes hommes vivant seuls recourent plus souvent aux médecins que les autres alors que c'est l'inverse pour les jeunes femmes.

8 % des jeunes adultes sont hospitalisés, les hommes plus fréquemment que les femmes du fait des accidents. 5 % des femmes sont hospitalisées en gynécologie-obstétrique. 0,5 % suivent des traitements ambulatoires lourds (chimiothérapie, dialyse).

1 % des jeunes adultes sont pris en charge dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans des établissements médico-sociaux, plus souvent les hommes que les femmes et 0,5 % en hospitalisation de jour.

**Graphique 22 : Dépense de soins de dermatologue**



Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

#### 4. 7. L'âge de la maternité et de la formation des familles (26 à 39 ans)

A ces âges les femmes ont des consommations médicales de ville presque double de celles des hommes. D'une manière générale elles sont plus familières du système médical que les hommes, la contraception et la maternité en imposant une fréquentation régulière pour assurer des naissances au moindre risque. Les hommes ont surtout à faire face à des accidents entraînant des recours au système de soins en urgence. C'est le groupe d'âge pour lequel les soins sont les plus différents entre les hommes et les femmes.

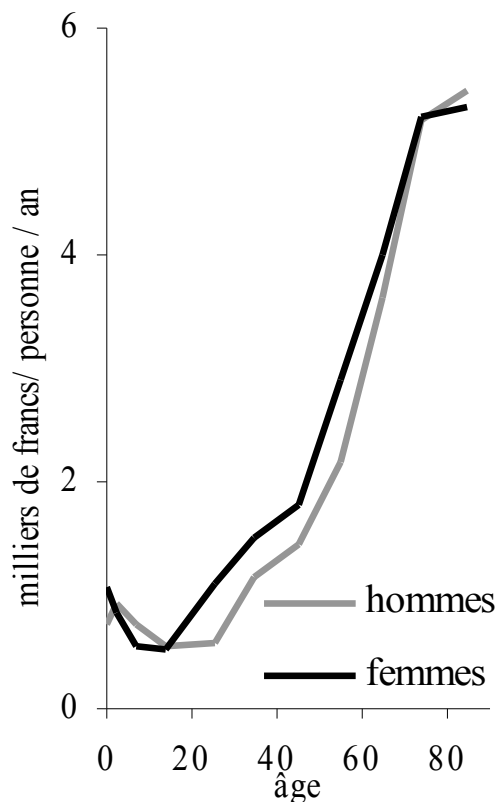
25

Mizrahi et Mizrahi Marseille

Les femmes, se montrent plus soucieuses de leur état de santé que les hommes, et de manière plus active : elles ont plus souvent recours à la prévention médicale, vaccination, dépistage ou bilan systématique, elles consultent plus souvent les médecins, en particulier les spécialistes, de leur propre initiative que les hommes. Les personnes de ces âges bénéficient des examens systématiques de la médecine du travail.

Pour les femmes, la période est marquée par les soins entraînés par la maternité et la contraception ou leurs complications : consultation de gynécologues, de généralistes, actes de biologie et d'imagerie et hospitalisation : 9 % des femmes sont hospitalisées en gynécologie-obstétrique, le mode étant à 29 ans ; sur les 731 000 accouchements par an, 17 % se font par césarienne [6].

**Graphique 23 : Dépense de pharmacie prescrite selon le sexe et l'âge**



Données : EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Quoique les hommes de cette classe d'âge recourent faiblement aux soins médicaux, tous les types de soins augmentent régulièrement avec l'âge, mais à des rythmes différents. Partant des visites de généralistes dont la consommation stagne, croissance faible des soins infirmiers, une augmentation modérée des dépenses pharmaceutiques et des consultations, plus rapide pour les spécialistes, en particulier les cardiologues, les O.R.L., les dermatologues et les ophtalmologues. Les dépenses de soins dentaires augmentent rapidement ainsi que celles de kinésithérapie, suite aux accidents, nombreux pour les hommes dans ces âges.

Outre les soins liés à la contraception ou la maternité, les femmes ont plus souvent que les hommes recours aux consultations de dermatologues et d'ophtalmologues. Elles dépensent environ deux fois plus que les hommes en produits pharmaceutiques non prescrits.

Passé 30 ans, les hommes recourent plus souvent aux O.R.L que les femmes : c'est à peu

près les seuls soins de ville auxquels les hommes ont plus souvent recours que les femmes.

Les médecins, généralistes comme spécialistes, déclarent toujours plus de motifs médicaux par séance quand leurs patients sont des femmes que lorsqu'ils sont des hommes aussi bien pour les nouveaux patients que les anciens [1].

Sur le plan de la santé mentale les hommes à ces âges sont presque deux fois plus nombreux (0,18%) à être pris en charge en hôpital psychiatrique que les femmes (0,1 %), par contre les femmes ont plus souvent recours aux consultations de psychiatre en ville. Dans ce domaine aussi, c'est à cet âge que l'écart entre les hommes et les femmes est le plus important. Ces modes de prise en charge traduisent à la fois des différences dans les pathologies mentales et dans leur mode d'expression. Les hommes sont plus agressifs et violents, perçus comme dangereux pour autrui, reçoivent souvent des aides plus institutionnelles ou sont hospitalisés alors que la prostration ou les symptômes dépressifs plus fréquents chez les femmes sont plus facilement traités par des médicaments.

Outre la psychiatrie, les hommes représentent 57 % des personnes prises en charge dans les établissements pour handicapés.

Non compris les accouchements, 8 % des personnes sont hospitalisées, 2 % suivent des traitements de ville lourds et complexes et environ 14 % ont des dépenses importantes entraînées par des prothèses dentaires ou des lunettes.

#### 4. 8. La maturité active, 40-54 ans : soins techniques et spécialisés

Pendant cette période de la vie, l'activité professionnelle reste la règle et les familles sont en général constituées. Les premiers signes pathologiques de vieillissement apparaissent et certaines maladies chroniques débutent ou commencent à se manifester. Les recours aux médecins pour dépistage, bilan, prévention augmentent. La consommation médicale des hommes se rapproche de celle des femmes, pour lesquelles les soins liés à la maternité disparaissent. Les femmes ont plus souvent recours aux praticiens et aux examens de ville, les hommes sont plus souvent hospitalisés.

Dans ces tranches d'âge, marquées par l'apparition des maladies chroniques et la mise en place de surveillance et/ou de traitements de longue durée, les soins techniques et les examens complémentaires se généralisent.

Pour les hommes c'est une période d'augmentation continue avec l'âge de l'hospitalisation, des consultations de généralistes, de spécialistes, d'imagerie et de biologie. Les spécialistes les plus souvent consultés sont les ophtalmologistes, les psychiatres (ainsi que les neuropsychiatres et les neurologues) et les cardiologues. Les patients qui ne consultent que des généralistes sont proportionnellement moins nombreux, reflet de la diversité des pathologies qui s'amorce dans cette tranche d'âge, et la nécessité de soins variés.

Pour les femmes, l'après maternité est marqué par une stagnation voire une baisse de certains soins : baisse de l'hospitalisation et de la biologie, quasi stagnation de la kinésithérapie. Faible augmentation des soins de spécialistes, mais augmentation rapide des dépenses de radiologues. Les spécialistes les plus souvent consultés par les femmes de cette classe d'âge sont les gynécologues, les psychiatres (y compris les neurologues) et les ophtalmologistes.

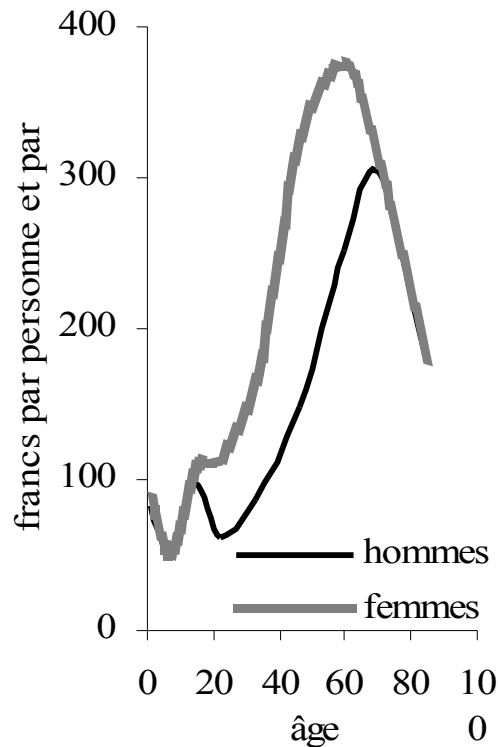
De 40 à 54 ans, les hommes aussi bien que les femmes sont de faibles consommateurs de soins infirmiers et de visites de généralistes, les dépenses d'imagerie sont maximum, le port de lunettes se généralise. Les dépenses pour les soins courants dentaires se stabilisent alors



que celles de prothèses dentaires augmentent très rapidement et représentent les 2/3 des dépenses dentaires (gr. 21).

Les dépenses de produits pharmaceutiques prescrits croissent par l'augmentation du coût moyen de l'ordonnance alors que celles de produits non prescrits n'augmentent pas.

**Graphique 24 : Dépense de radiologie**



*Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES*

L'observance des prescriptions pharmaceutiques des généralistes devient rigoureuse pour près de 9 personnes sur 10.

Parallèlement le recours aux médecines dites parallèles ou douces est maximum à cet âge, 6 % des femmes et 4 % des hommes déclarent y avoir recouru au cours des 12 derniers mois.

3 % des personnes subissent une intervention en chirurgicale ambulatoire. Le transport sanitaire apparaît associé à des traitements ambulatoires lourds qui concernent 4 % des personnes.

Les différences entre les recours aux soins des hommes et des femmes s'atténuent.

#### 4. 9. La transition vers la retraite, 55-64 ans : soins techniques et spécialisés

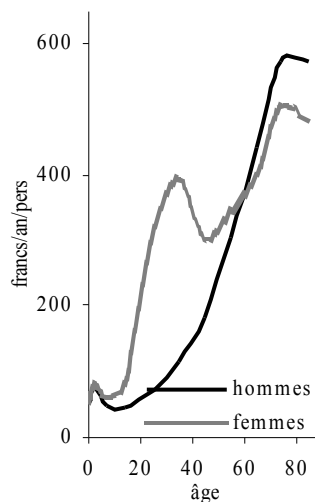
Encadrant l'âge légal de la retraite (60 ans), cette période marque l'arrêt, progressif ou brutal, de l'activité professionnelle, souvent lié plus ou moins directement à l'état de santé. Ce qui n'est pas sans répercussion sur la manière de se soigner, les personnes ne travaillant pas ont une consommation médicale nettement supérieure à celle des personnes qui travaillent. Deux raisons au moins expliquent ce recours aux soins plus importants :

- volontairement ou non, les personnes en mauvaise santé sont amenées fréquemment à cesser plus tôt leur activité professionnelle,
- la cessation de l'activité en libérant du temps permet de se soigner, en particulier pour les soins dentaires très chronophages et c'est d'ailleurs un peu après 60 ans que les dépenses de soins dentaires atteignent leur maximum puis décroissent. De même les examens de dépistage augmentent, les dépenses d'imagerie atteignent leur maximum autour de 60 ans pour les femmes (gr. 24).

Les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes et leur dépense d'hospitalisation sont inférieures d'environ 40 % à celles des hommes (150 versus 250 points ISA [12]).

C'est une période où les recours aux soins se diversifient et augmentent rapidement avec l'âge pour les hommes surtout dont la dépense médicale dépasse celle des femmes non seulement pour l'hospitalisation mais pour certains soins de ville (cardiologie, ORL, biologie, appareils autres qu'optique,...).

**Graphique 25 : Dépense de biologie par âge et sexe**



Données : EPAS 1998, appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Les dépenses des femmes restent supérieures à celle des hommes pour la kinésithérapie, l'optique, l'imagerie, les consultations de généralistes, et s'égalisent pour la pharmacie dont la dépense pour les produits prescrits augmente alors que celles de produits non prescrits stagne. L'observance des prescriptions pharmaceutiques des généralistes devient rigoureuse pour près de 9 personnes sur 10.

Les dépenses de soins dentaires culminent pour les deux sexes la dépense des femmes restant largement supérieure à celle des hommes. Le poids des prothèses dans les dépenses dentaires est double de celui des soins conservateurs.

Le recours aux médecines dites parallèles ou douces tend à diminuer.

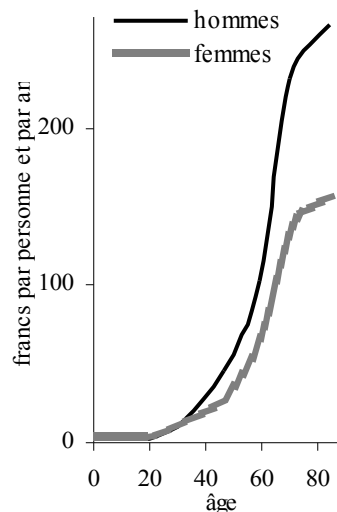
Les personnes de cet âge commencent à être prises en charge dans les établissements pour personnes âgées, et autour de 60 ans, les taux de prises en charge dans ces institutions atteignent puis dépassent celle en établissements psychiatrique. Les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à être pris en charge en hôpital psychiatrique.

#### 4. 10. L'après retraite, les « jeunes vieux », 65 à 79 ans

Les soins sont centrés autour de la médecine courante et les soins techniques, les différentes composantes du système de soins sont mis à contribution et l'éventail des combinaisons est très ouvert, séances de médecins, généralistes et spécialistes, de différentes spécialités, sont associées aux examens radiologiques et biologiques et à la consommation pharmaceutique.

Pour les femmes les recours aux soins techniques et spécialisés augmentent moins vite qu'aux âges antérieurs, voire diminuent pour l'imagerie ; pour les hommes la croissance se prolonge sur la même tendance et les dépenses d'imagerie atteignent leur maximum autour de 70 ans. Les dépenses de produits prescrits augmentent très rapidement ainsi que les soins infirmiers, la kinésithérapie et les visites de généralistes au domicile alors que diminuent les produits pharmaceutiques non prescrits.

**Graphique 26 : Dépense de soins de cardiologue**



Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Les dépenses des hommes rattrapent celles des femmes, voire les dépassent pour la biologie.

Les recours aux médecines parallèles diminuent, moins de 3 % des personnes déclarent y avoir recouru au cours des 12 derniers mois.

Les hommes bénéficient plus souvent que les femmes de soins techniques lourds à domicile, demandant aide et présence à domicile : chirurgie ambulatoire, traitement et cure ambulatoire (dialyse, chimiothérapie) et, associés aux soins précédents et à l'hospitalisation, de plus de transports sanitaires.

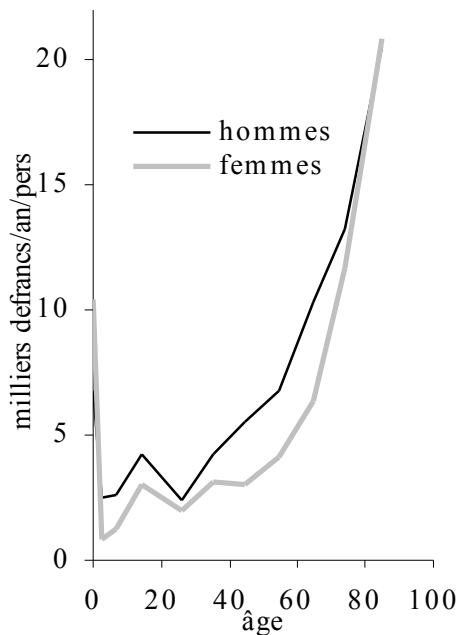
Le pourcentage de personnes soignées en établissement psychiatrique n'augmente plus avec l'âge, voire commence à diminuer. Dans les services hospitaliers de court séjour, la part des hospitalisations de moins de 24 heures passe en dessous de 20 % et la durée de séjour s'allonge pour atteindre 8 jours.

#### 4. 11. Le grand âge, 80 ans et plus

C'est l'âge où de nombreuses personnes commencent à souffrir de déficiences graves, entraînant des modifications, pas toujours volontaires, dans la manière de se soigner ou d'être

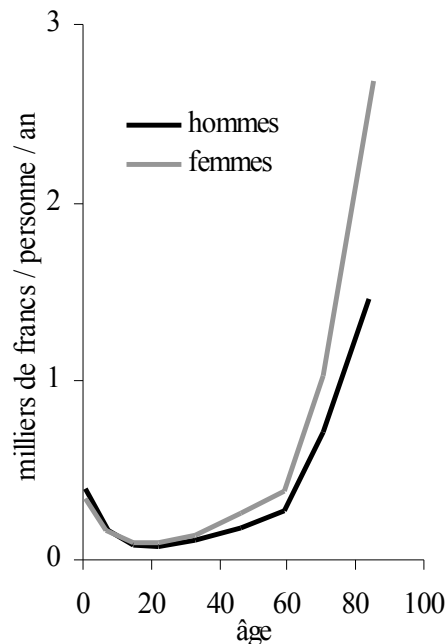
soigné. Ainsi se déplacer devient plus difficile, la moitié des octogénaires et les deux tiers des nonagénaires souffrent de difficultés motrices, et 7 sur 8 vivent à domicile [10] ; de ce fait, en cas de maladie, lorsqu'elles ne sont pas hospitalisées, elles sont soignées à leur domicile par des praticiens qui acceptent de se déplacer, médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes. Les recours à ces praticiens et les dépenses correspondantes augmentent de plus en plus rapidement avec l'âge, de même que les consommations ne nécessitant pas le déplacement du patient, comme la biologie, la pharmacie ou les appareils. Par nécessité, les personnes deviennent familières du système de soins et y adhèrent fortement, l'observance est maximum. Au contraire, les soins exigeant le déplacement du patient, soins dentaires, imagerie, diminuent ou au mieux stagnent, et même ceux de médecins traitant des maladies augmentant avec l'âge tels les rhumatologues, les ORL ou les psychiatres. Les hospitalisations dans les services de court séjour se multiplient et la durée de séjour est de plus en plus longue (9 jours) [34].

**Graphique 27 : Dépense d'hospitalisation par âge et sexe**



Données : EPAS 1998, appariement SPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

**Graphique 28 : Dépense de soins à domicile (omnipraticien, infirmier, kinésithérapeute) par âge et sexe**



Données : appariement ESPS-EPAS 1995-4 estimation ARgSES

Pour un jeune, se soigner c'est essentiellement consulter un médecin, et plus particulièrement un spécialiste, pour une personne âgée, c'est souvent être hospitalisée, et lorsqu'elle est soignée en ville, c'est de plus en plus des soins d'auxiliaire et de la pharmacie.

Au delà de 79 ans, 16 % des femmes et 7 % des hommes résident en institution pour personne âgées où ils reçoivent les soins courants.

#### 4. 12. Les différences entre hommes et femmes

Avant 2 ans les petits garçons consomment plus de soins médicaux que les petites filles, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Passée la petite enfance, garçons et filles sont soignés à peu

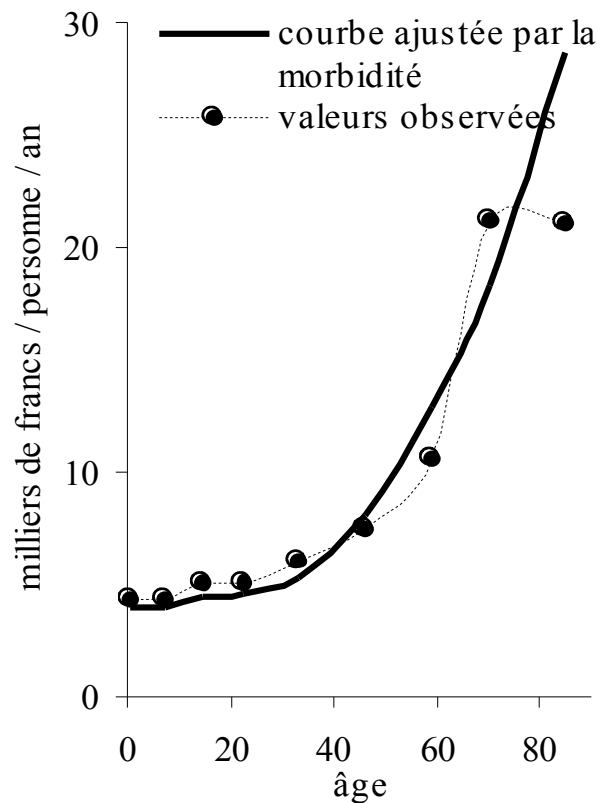
près de la même manière. A l'adolescence les filles commencent à recourir plus que les garçons au système de soins ambulatoires. Ce passage vers l'âge adulte amorce une différenciation en termes de recours aux soins liée en partie au début de l'activité sexuelle et à la contraception, qui s'accroît pour les adultes jeunes et culmine aux âges de la maternité. Mais les modes de vie, les prises de risques, les accidents plus fréquents chez les hommes jeunes que chez les femmes expliquent aussi une part de ces différences, en particulier pour l'hospitalisation. Après 40 ans, les différences de recours aux soins des hommes et des femmes s'atténuent. Les dépenses médicales des hommes rattrapent celles des femmes autour de 60 ans, voire les dépassent pour la biologie ou l'hospitalisation à partir de 50 ans. A tous les âges, les dépenses d'appareils des hommes sont supérieures à celles des femmes et celles de pharmacie à partir de 70 ans.

#### 4. 13. Age et morbidité

Les trois variables, état de santé, âge et dépense médicale varient de manière concomitante : avec le vieillissement, l'état de santé se dégrade et la dépense médicale augmente.

Si on affecte à chaque personne une consommation médicale correspondant à sa morbidité ( $CM_m$ ), cette variable, représentée en traits pleins sur le graphique 29, augmente avec l'âge ; pour chaque classe d'âge, la dépense moyenne observée est proche de la dépense correspondant à sa morbidité moyenne. La sous consommation apparente des personnes de la dernière classe d'âge (80 ans et plus) est peut-être due à une sous estimation de leurs dépenses (dépenses non individualisées de soins infirmiers).

**Graphique 29 : Dépense médicale par âge observée et induite par la morbidité**



Données : appariement ESPS-EPAS 1995 estimation ARgSES

La croissance de la consommation médicale avec l'âge résulte pour l'essentiel de la morbidité. Avant 40 ans cependant, la dépense médicale observée est au dessus de celle déduite de la seule morbidité ; et inversement pour trois des quatre classes d'âge suivantes. Ceci pourrait indiquer une moindre consommation à même morbidité au delà de 40 ans. Quoique très atténué, ce résultat se situe dans le prolongement de celui observé dans les années 80, où les personnes âgées étaient moins soignées que les adultes jeunes à morbidité égale.

## 5. Comment se soignent les différents groupes de la société

Sans négliger l'équation personnelle de chacun, son vécu et ses expériences, les comportements vis à vis des soins sont liés de manière statistique, à des caractéristiques plus collectives, elles-mêmes liées à l'environnement familial, économique et social de la personne. Les critères dits socio-économiques, milieu social, type de famille, revenu, urbanisation, mode de protection, niveau d'instruction, profession, permettent de décrire de manière schématique cet environnement. Ces caractéristiques sont statistiquement observables, et font l'objet d'un consensus assez large comme facteurs « explicatifs » des comportements de consommation en général, même si la situation socio-économique d'une personne est bien évidemment plus complexe que ne le décrit son positionnement sur un nombre limitée d'échelles.

Dans le domaine des soins et de la santé la dimension individuelle joue un rôle important qui peut moduler l'effet de ces critères, les modalités d'appel au système de soins varie cependant de manière assez constante selon certains de ces critères et leurs effets apparaissent dans toutes les études.

L'effet des facteurs socio-économiques sur la consommation médicale reste faible comparé à celui de la morbidité ou de l'âge.

### 5. 1. Le constat : des manières différentes de recourir au système de soins selon le milieu social

Le milieu social, profession ou dernière profession exercée par la personne de référence du ménage, est un indicateur résumé de la situation sociale de toutes les personnes partageant le même logement (« ménage au sens statistique »). Le milieu social est relativement stable à moyen terme<sup>26</sup> et fortement corrélé aux principales caractéristiques économiques et culturelles, revenu ou niveau de vie, niveau d'éducation, mode de protection, chômage etc.

#### **Le milieu social**

Le milieu social est déterminé par la profession exercée par la personne de référence du ménage, l'homme quand il y a un couple ou le plus âgé des actifs. Sous le terme de profession on intègre le métier, la position hiérarchique ou de responsabilité, le statut et l'environnement de travail. Pour les personnes à la retraite ou au chômage on considère la dernière profession qu'elles ont exercée. Faute de pouvoir analyser chaque profession pour des raisons de taille d'échantillon, on distingue dans la mesure du possible parmi les ouvriers, les « ouvriers qualifiés » des « ouvriers spécialisés et manœuvres » et parmi les « employés », les « employés administratifs » des « employés de commerce » dont les comportements sont assez éloignés dans différents domaines.

Les ouvriers spécialisés et les manœuvres<sup>27</sup> se distinguent par un fort recours à l'hospitalisation complète, une consommation importante de transport sanitaire, de soins de généraliste et d'infirmière, spécialement à domicile, et au contraire une faible consommation de soins de spécialistes, de dentistes et d'optique. Parmi les médecins spécialistes les recours

<sup>26</sup> dans l'appariement EPAS-ESPS, les consommations médicales portent sur 1995, le milieu social a été relevé auprès des personnes enquêtées en 1992-93-94-95, la stabilité de cette variable au cours du temps est plus grande que celle du revenu, de l'occupation, de la taille de la famille,...

<sup>27</sup> on recouvre sous ce terme l'ensemble des personnes partageant le même logement, qu'il s'agisse de la personne qui exerce ou a exercé une telle profession, de son conjoint, de ses enfants, etc.

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 manifeste aussi bien sur les recours à chaque type de soins, pourcentage de consommateurs en une année, qu'en terme 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 supérieure mais se rapprochant de la moyenne, et recours aux spécialistes et au dentiste 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 à une consommation hospitalière et de transport nettement inférieure à la moyenne une consommation de soins de ville faible mais très spécifique : proche de la moyenne pour les soins de dentistes et d'optique, relativement faible pour les soins de généraliste au domicile du patient et la pharmacie prescrite et non prescrite.

Les cadres supérieurs ont la consommation la plus élevée de soins de spécialistes, de dentistes, d'optique et au contraire la plus faible d'hospitalisation complète, en particulier dans les services de médecine et de spécialités médicales, de transport sanitaire et d'infirmière.

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 dentiste et d'optique est supérieure à la moyenne mais dans de moindre proportion 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 inférieures.

### ***a. L'hospitalisation***

La consommation hospitalière en court séjour varie du simple pour les membres des ménages de cadre supérieur à deux fois et demie plus pour les membres des ménages d'OS. 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.

La consommation hospitalière plus importante des OS tient surtout au fait qu'ils sont plus souvent hospitalisés au moins une fois dans l'année que les autres, alors que la consommation moins importante des cadres supérieurs tient en partie au fait que leur consommation quand ils sont hospitalisés est moins élevée, moins de séjours, séjours plus courts ou interventions moins importantes.

Une partie des différences de consommations médicales entre groupes sociaux s'explique par des pyramides d'âge différentes. Les employés, les indépendants et les OS comptent le plus fort 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.

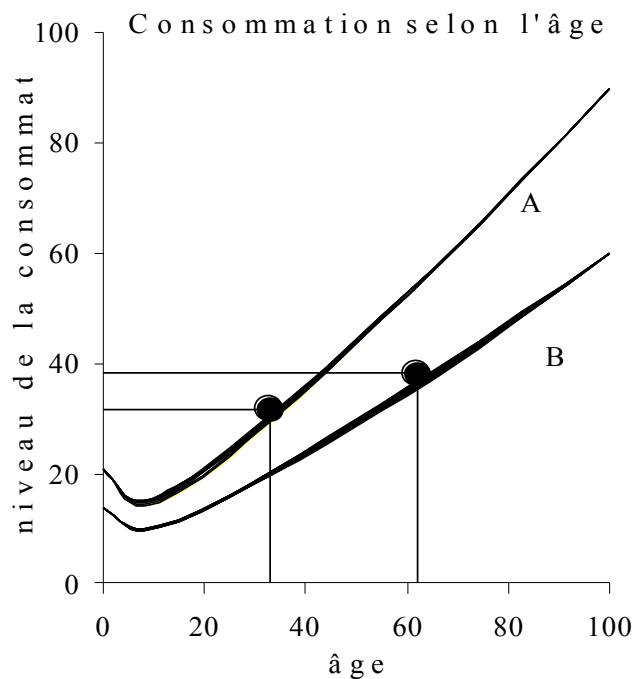
**Tableau 9 : Hospitalisation complète par milieu social  
(indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)**

	% de personnes hospitalisées au moins 1 fois			Consommation par personne par an	
	%	Indice		Francs	Indice
		12 mois 95	3 mois 2000		
Exploitants agricoles			0,73		
Indépendants	9,9	0,90	0,67	2284	0,81
Cadres	9,3	0,85	0,84	1761	0,62
Prof. intermédiaires	10,0	0,91	0,95	2486	0,88
Employés	12,6	1,14	1,11	3215	1,14
Ouvriers qualifiés	10,6	0,96	1,16	2838	1,00
OS, manœuvres	15,6	1,41	1,29	4765	1,69
Ensemble	11,0	1,00	1,00	2828	1,00

Source : appariement EPAS-ESPS 1995, ESPS 2000

### Le redressement par âge et sexe

Soit deux populations A et B, dont l'une, A, a une consommation, pour chaque classe d'âge, supérieure de 50 % à celle de B.



La population A est plus jeune que B (l'épaisseur des courbes indique les structures par âge des deux

groupes), leurs âges moyens sont respectivement 33 et 62 ans et les niveaux moyens de leurs consommations sont de 30 et 35,5<sup>1</sup>, soit 18 % de moins (plus précisément, étant donnée la courbure des deux courbes, les moyennes sont légèrement au dessus de 30 et 35,5). Nous avons donc un résultat paradoxal, la moyenne étant mal adaptée pour comparer la consommation de ces deux groupes.

Le redressement par âge consiste à calculer un facteur multiplicatif moyen permettant de passer de la courbe de A à celle de B (dans l'exemple ci-contre, le facteur multiplicatif est 1,5).

L'indice de la population entière est égal à 1, les groupes qui consomment moins que la moyenne à âge et sexe égaux ont un indice inférieur à 1, d'autant plus petit que l'écart est important ; inversement, les groupes qui consomment plus que la moyenne à âge et sexe égaux ont un indice supérieur à 1, d'autant plus grand que l'écart est important.

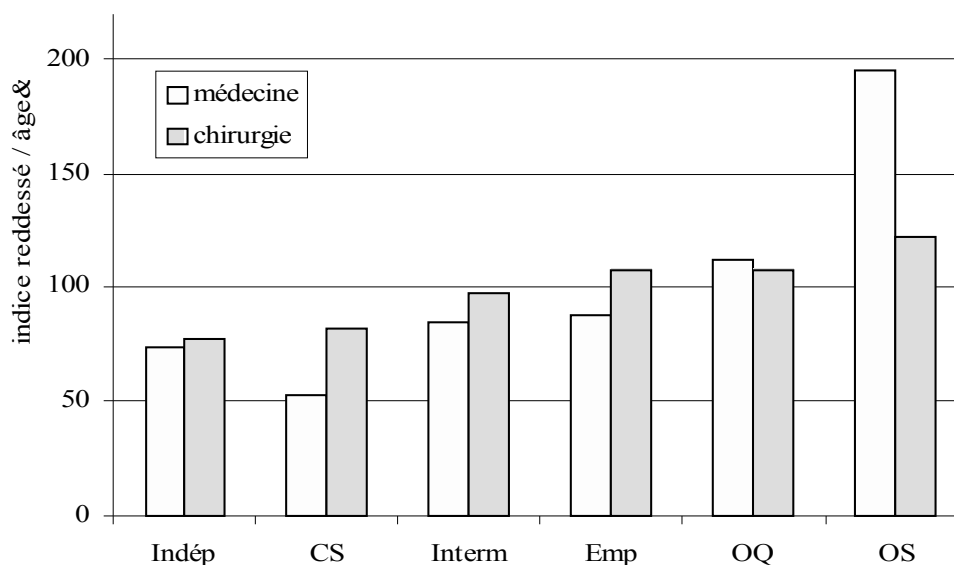
Ces écarts ne sont pas réduits si l'on élimine les effets mécaniques dus aux différences de structure par âge et sexe, seule la position des employés et des ouvriers qualifiés s'inverse, les employés étant plus proches des professions intermédiaires et les ouvriers qualifiés des OS.

Les différences d'hospitalisation selon le milieu social sont plus accentuées en médecine qu'en chirurgie. Ce que l'on observait déjà dans l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-92.

La dépense d'hospitalisation plus importante des OS dans les services de médecine ou de spécialités médicales tient surtout au fait qu'ils sont plus souvent hospitalisés au moins une fois dans l'année dans ces services que les autres alors que les cadres le sont moins souvent.

Contrairement à l'hospitalisation complète dans les services de chirurgie ou de spécialités chirurgicales, la chirurgie ambulatoire, qui permet parfois d'éviter une hospitalisation complète, est maximum pour les cadres supérieurs et les indépendants : 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.

**Graphique 30 : Dépenses d'hospitalisation complète  
(indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)**



source : appariement ESPS-EPAS 1995, estimation ARgSES

**Tableau 10 : Consommation de chirurgie selon le milieu social  
(indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)**

	Hospitalisation complète	Chirurgie ambulatoire	Ensemble
Indépendants	0,78	1,4	0,83
Cadres supérieurs	0,82	1,27	0,86
Professions intermédiaires	0,98	1,02	0,99
Employés	1,08	0,85	1,06
OQ	1,08	0,89	1,06
OS	1,22	0,95	1,2
Ensemble	1	1	1

Source : appariement ESPS-EPAS 1995

Les autres consommations hospitalières complètes, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, sont maxima pour les OS et les employés, minimum pour les cadres supérieurs suivis par les indépendants et les professions intermédiaires. Elles apparaissent au niveau des groupes sociaux comme complémentaires des hospitalisations en court séjour.

***b. Les patients soignés à leur domicile***

La consommations de soins ambulatoires dispensés aux patients non hospitalisés et de biens médicaux est assez proche selon le milieu social, les ouvriers ayant une consommations plus faibles d'environ 10 % et les indépendants de 15 % que les autres catégories.

### **Les soins de médecin**

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 valeurs ; 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 la valeur moyenne par séance, 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.

Le redressement par âge et sexe modifie surtout la position des employés et des indépendants par rapport aux autres groupes, en rapprochant la consommation de soins de médecin des employés de la moyenne, et met en évidence la moindre consommation des ouvriers tout en rapprochant la consommation des ouvriers qualifiés de celle des OS.

**Tableau 11 : Consommation de soins de médecins de ville par milieu social en un an (indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)**

	% de consommateurs en un mois 2000 indice redressé	Dépenses francs par personne par an	Indice redressé	% dépense spécialiste/médecin
Exploitants agricoles	0,72			
Indépendants	0,81	1245	0,95	51,4
Cadres supérieurs	1,12	1394	1,12	63,4
Professions intermédiaires	1,09	1336	1,10	54,5
Employés	1,03	1405	1,04	51,1
Ouvriers qualifiés	0,98	1080	0,92	46,6
OS, manœuvres	0,86	1163	0,93	42,8
Ensemble	1,00	1238	1,00	51,4

Sources : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2000, appariement ESPS-EPAS 1995

Cette apparente homogénéité masque cependant des différences importantes quant au type de médecins consultés, généralistes ou spécialistes, au lieu, cabinet ou domicile du patient et à la spécialité du médecin.

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 terme de recours que de valeur mais cette consommation est associée à un plus faible recours au généraliste et une faible consommation par consommateur. Par contre les professions intermédiaires et dans une moindre mesure les employés cumulent en quelque sorte les recours aux généralistes et aux spécialistes. La part

des soins de spécialistes dans les dépenses de médecins passe de 63 % pour les cadres supérieurs à 43 % pour les OS.

Les cadres sont les plus faibles consommateurs de soins de généralistes à domicile comme en cabinet, tant en terme de recours que de consommation par consommateur, par contre les indépendants qui sont aussi moins nombreux à recourir au moins une fois dans l'année à un généraliste à domicile ont une consommation par consommateur élevée. Les employés et les professions intermédiaires sont de forts consommateurs tant de visites que de consultations. Au contraire les ouvriers forts consommateurs de visites à domicile, spécialement les OS, sont des consommateurs moyens de consultations au cabinet.

L'effet du redressement est d'autant plus marqué que la consommation est très sensible à l'âge. Ainsi pour les dépenses de visites de généralistes, les indices bruts sont respectivement de 1,25 et 0,87 pour les employés et les indépendants et les indices redressés par âge et sexe de 1,04 et 0,77, ce qui ramène pratiquement les employés au niveau de la moyenne et met en évidence la moindre consommation des indépendants à âge et sexe comparables.

Un OS sur deux consulte au moins un spécialiste dans l'année et plus de deux cadres supérieurs sur trois. Ce sont les groupes qui recourent le plus souvent aux spécialistes en un an qui ont aussi la plus forte consommation par consommateur [27].

**Tableau 12 : Consommation de soins de généraliste et de spécialiste par milieu social (indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)**

	% de consommateurs en un mois (2000) indice			dépense/personne/an (1995) indice		
	Gén. dom.	Gén. cab.	Spé.	Gén. dom.	Gén. cab.	Spé.
Expl. agricoles	0,75	0,81	0,54			
Indépendants	0,78	0,82	0,81	0,76	1,01	0,95
Cadres supérieurs	0,77	1,01	1,29	0,72	0,89	1,36
Professions interm.	0,91	1,12	1,17	0,91	1,07	1,15
Employés	0,93	1,01	1,03	1,09	1,07	1,09
Ouvriers qualifiés	1,15	1,05	0,84	1,09	0,96	0,81
OS, manœuvres	1,66	0,81	0,70	1,29	1,01	0,78
Ensemble	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Sources : *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2000, appariement ESPS-EPAS 1995*

Ce fort gradient de la consommation de spécialistes social est apparu dès les années 1960 dans toutes les enquêtes successives sur la Santé et les soins médicaux et perdure jusqu'en 2000.

Les substitutions possibles entre généralistes et spécialistes ne concernent pas également toutes les spécialités. Ainsi le recours au pédiatre, au dermatologue et au gynécologue sont plus fréquents dans les milieux favorisés, ce sont surtout pour les enfants et les jeunes que ces médecins sont consultés et dans le cas des pédiatres et des gynécologues souvent à des fins de prévention ou de bilan systématique ; ainsi, à âge égal, dans les ménages de cadres les femmes déclarent deux fois plus souvent à avoir déjà eu un examen gynécologique.

Par ailleurs, les affections traitées par ces spécialistes le sont fréquemment aussi par les généralistes, contrairement aux ophtalmologues ou au radiologues, dont l'exercice est plus spécifique et pour lesquels les différences sociales sont moins marquées.

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 séances [27]. Inversement l'hospitalisation complète ou de jour dans des services de psychiatrie, de même que la fréquentation d'institution pour les enfants et les adolescents handicapés mentaux 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. Le taux d'enfants en institution pour handicapés, de 6 pour 10 000 enfants de cadres passe à 38 pour les enfants d'ouvriers [32].

Les cadres supérieurs et les professions intermédiaires déclarent les recours les moins fréquents aux soins infirmiers et les OS les recours les plus fréquents.

**Tableau 13 : Consommation de soins infirmiers par milieu social**  
(indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)

	% consommateurs en un an (1998)	Dépenses en un an (1995)	
	Indices	Francs	Indices
Exploitants agricoles	1,14		
Indépendants	1,00	216	1,10
Cadres	0,87	100	0,77
Professions intermédiaires	0,93	104	0,77
Employés	0,93	236	1,09
Ouvriers qualifiés	1,09	144	1,13
OS, manœuvres	1,19	206	1,21
Ensemble	1,00	153	1,00

Source : \* ESPS 1998 - appariement ESPS-EPAS 1995,

Le recours aux soins infirmiers est plutôt l'apanage des milieux moins favorisés, en particulier à domicile.

Ce sont d'ailleurs les ouvriers spécialisés et les employés qui ont les consommations les plus élevées de soins à domicile (généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes), les cadres supérieurs et les indépendants les moins élevées. Au niveau des groupes sociaux ces soins apparaissent plutôt complémentaires que substitutifs à l'hospitalisation, les mêmes groupes consomment beaucoup des deux ou peu des deux. Ce qui ne veut pas dire qu'au niveau individuel des substitutions n'existent pas entre hospitalisation et soins à domicile.

Les employés et les ouvriers qualifiés ont une consommation plus importante de kinésithérapeute, les indépendants et les OS la plus faible mais les différences entre groupes sociaux restent faibles.

Les ouvriers qualifiés et les OS dépensent un peu plus pour les produits pharmaceutiques prescrits que les cadres supérieurs et les professions intermédiaires. Par contre les dépenses d'optique, qui représentent environ 12 % de la dépense de produits pharmaceutiques prescrits est deux fois plus importantes pour les cadres supérieurs que pour les OS et suit régulièrement l'échelle sociale pour les salariés, les indépendants sont proches des professions intermédiaires.

Les consommations de transport sanitaire sont très liées à l'hospitalisation et aux cures et traitements lourds dispensés en établissement (chimiothérapie, dialyse etc.). Elles varient selon le milieu social dans le même sens, consommation minimum pour les cadres supérieurs et les indépendants et quatre fois plus importante pour les OS. Les ouvriers qualifiés ont une consommation plus élevée que la moyenne mais nettement inférieure à celle des OS.

### ***c. La couverture complémentaire, un effet prix pour le patient***

Outre les aspects sociaux, culturels, familiaux liés au milieu social des contraintes de nature économique pèsent aussi sur les comportements des patients : prix des soins, débours et proximité aux producteurs ou aux distributeurs. La prise en charge par un système collectif d'assurance obligatoire et par un réseau complexe de couvertures complémentaires entraîne que le prix final pour le consommateur n'est pas, de manière générale, le prix reçu par le producteur. Ce système rend solvable une clientèle qui sans lui ne le serait pas ou ne le serait que partiellement et permet à la majorité de la population de bénéficier des soins médicaux.

L'impact des prix des soins sur la consommation médicale peut être appréhendé de manière indirecte en comparant les recours aux soins selon que les personnes bénéficient ou non d'une couverture complémentaire ; dans le premier cas, tout ou partie des sommes non remboursées par la Sécurité sociale le sont par leur couverture complémentaire, alors que dans le second le ticket modérateur de la Sécurité sociale et les dépassements restent intégralement à la charge du patient.

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

- la prise en charge à 100 %, dans la limite des tarifs autorisés, de soins liés à une affection dite de longue durée, une grossesse ou appartenant à une liste d'examen dits lourds (intervention chirurgicale d'une certaine importance, hospitalisation de plus de 30 jours, scanner, imagerie au delà d'un certain coefficient etc.),
- le dépassement d'honoraires pour les médecins à honoraires libres, les dentistes pour les soins liés aux prothèses, les appareils en particulier l'optique dont les remboursements sont basés sur des forfaits détachés de la réalité.

Pour les soins de spécialistes ces deux mécanismes sont à l'œuvre, pour la pharmacie essentiellement le premier et pour les dentistes essentiellement le second.

La protection par une couverture complémentaire et sa qualité sont graduées selon le milieu social : 60 % des OS n'ont pas de couverture complémentaire ou une couverture de qualité médiocre, ce n'est le cas que d'un quart des cadres supérieurs [4].

**Tableau 15 : Couverture complémentaire selon le milieu social (%)**

	sans CC	CC faible	Nulle ou faible
Exploitants agricoles	15	31	46
Indépendants	19	34	53
Cadres	6	18	24
Professions intermédiaires	6	31	37
Employés	23	23	46
Ouvriers qualifiés	17	30	47
OS, manœuvres	35	24	59
Ensemble	15	27	42

Source : CREDES, ESPS 1998-

Les personnes sans couverture complémentaire recourent moins souvent que les autres à pratiquement tous les types de soins de ville sauf les soins infirmiers. Les différences sont particulièrement fortes pour les recours aux médecins, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes, et parmi ceux-ci spécialement pour les spécialistes d'accès direct (pédiatres, dermatologues, ophtalmologues, gynécologues...). Les recours aux dentistes et l'achat de lunettes ou lentilles sont aussi nettement plus faibles. Pour la pharmacie et les autres soins, kinésithérapie et examens biologiques, les différences sont faibles. Par contre les personnes sans couverture complémentaire sont plus souvent hospitalisées que les autres, quelque soit la forme d'hospitalisation (complète, de jour ou autre), leur recours au transport sanitaire, souvent associé à l'hospitalisation ou à des traitements ambulatoires lourds, sont aussi plus importants.

Paradoxalement ce sont donc les services les plus coûteux, l'hospitalisation, auxquels les personnes sans couverture complémentaire ont le plus souvent recours : ces personnes, en moins bonne santé, ont sans doute besoin de soins plus lourds, on peut penser aussi que, compte tenu des coûts élevés pour eux des soins de ville et faute de moyens, elles tardent à se faire soigner, leur état s'aggrave et le recours à l'hôpital devient nécessaire alors que des soins de ville auraient peut être suffi si elles s'étaient fait soigner plus tôt.

Une partie de l'effet du milieu social est un effet masqué de la couverture complémentaire donc du « prix pour le patient ». Pour les personnes sans couverture complémentaire, qui consomment peu de soins de ville, les différences sociales sont atténuées. Pour les personnes protégés par une couverture complémentaire, l'effet du milieu social reste important. De manière duale, 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, non seulement aux spécialistes mais aussi aux généralistes, ils ont moins souvent des examens biologiques, recourent moins au kiné. Par contre ils sont plus souvent hospitalisés.

#### ***d. Les autres manières de se soigner***

Les cadres supérieurs font preuve de plus d'autonomie par rapport aux producteurs de soins, ils déclarent consulter plus souvent de leur propre initiative et, suivent moins rigoureusement les prescriptions des médecins.



Les cadres jouent dans le domaine sanitaire comme dans d'autres domaines de la consommation un rôle précurseur en testant en quelque sorte les nouvelles techniques, de leur propre initiative ou selon les conseils de leur médecin. Ainsi les femmes cadres ont initié la contraception médicamenteuse, le traitement de la ménopause, les lentilles, etc.. Les cadres ont plus souvent recours aux soins non remboursés, comme les produits pharmaceutiques non prescrits, et sans doute les soins parodontologiques, des examens comme la densitométrie osseuse, la chirurgie esthétique, les psychothérapies en cabinet libéral etc..

**Tableau 16 : Consommation de produits pharmaceutiques non prescrits selon le milieu social**

(indice redressé par âge et sexe, 1=moyenne de la population)

	Francs/an	Indice
Exploitants agricoles	50	0,90
Indépendants	36	0,61
Cadres	73	1,29
Professions intermédiaires	73	1,31
Employés	61	1,02
Ouvriers qualifiés	34	0,64
OS, manœuvres	45	0,82
Ensemble	56	1

Source : CREDES, ESPS 2000 -

Ils déclarent moins souvent que les autres renoncer à des soins pour des raisons financières. Ils ont plus souvent recours à des spécialistes à honoraires libres.

Certains professionnels en dehors de toute reconnaissance académique tels les rebouteux ou les guérisseurs prodiguent des soins. D'autres praticiens ont des compétences plus récemment apparues, aident à conserver ou améliorer l'état de santé tels les ostéopathes, naturopathes etc. regroupées souvent sous le terme de médecines parallèles. Les cadres sont parmi les plus nombreux, avec les professions intermédiaires et les indépendants à avoir recours à ces praticiens d'appellation récente alors que les agriculteurs ont plus souvent recours aux guérisseurs ou aux rebouteux.

Rappelons que les prix moyen de ces séances sont de l'ordre de celui d'une consultation de généralistes pour les praticiens dits traditionnels et presque double pour ceux dits d'appellation récente.

## 5. 2. Variabilité sociale dans les manières de se soigner

Les variations de la consommation médicale selon le milieu social que l'on vient de voir sont représentatives de celles plus généralement observées entre groupes favorisés et groupes défavorisés. Les 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 élevés, habitent à proximité des spécialistes, ont fait des études supérieures, bénéficient de la meilleure protection, etc. ; sur les consommations sensibles, soins dentaires, de gynécologue, de pédiatre, de dermatologue, optique, les effets se cumulent et les cadres bénéficiant des

revenus les plus élevés ont des dépenses supérieures en soins dentaires par exemple, à l'ensemble des cadres.

A l'inverse, les groupes défavorisés cumulent les obstacles économiques, culturels et géographiques à l'accès à ces soins et les ouvriers sans ou avec une faible couverture complémentaire ont des dépenses de soins dentaires inférieures de xxx % à celles des ouvriers mieux protégés.

A l'extrémité de l'échelle sociale, les personnes sans abri, dont l'état de santé est souvent très dégradé ont des recours aux soins de médecin comparables en niveau à ceux des ouvriers, mais exclusivement pour des soins de première urgence ; ils sont par ailleurs très souvent hospitalisés[22].

### **Les différences sociales de recours aux soins ne sont pas plus marquées pour les hommes que pour les femmes**

La consommation hospitalière des hommes varie plus selon le milieu social que celle des femmes, la prise en charge hospitalière de la maternité, assez homogène, atténue les différences sociales pour les femmes. Pour les deux sexes les cadres supérieurs ont la plus faible consommation hospitalière et les ouvriers spécialisés la plus élevée [28].

Dans tous les milieux sociaux les consommations de soins de spécialistes et de dentistes des femmes sont supérieures à celles des hommes, d'environ 60 % pour les soins de spécialiste et de 20 % pour ceux de dentiste. Mais pour ces soins à fort gradient social, les différences de consommations selon le milieu social sont pratiquement identiques pour les femmes et pour les hommes.

Les différences sociales de recours aux soins sont plus marquées pour les jeunes que pour les personnes âgées, pour les biens-portants que pour les malades : personne n'est à l'abri de maladies graves, et dans ce cas, les différences sont moins fortes que pour les personnes pas ou peu malades.

Pour l'hospitalisation complète les différences sociales sont plus fortes pour les enfants et les jeunes adultes qu'après 55 ans : les enfants et les jeunes adultes des ménages ouvriers ont une plus forte consommation hospitalière que ceux des ménages de cadres ou de professions intermédiaires. Parallèlement, on retrouve la même gradation sociale dans les établissements pour enfants ou adultes handicapés.

Ce qui se répercute sur la consommation médicale totale pour laquelle les différences selon le milieu social sont atténuées après 55 ans.

La situation sociale et l'état de santé ne sont pas indépendants l'un de l'autre, les groupes favorisés sont en moyenne en meilleur état de santé que les moins favorisés, en terme de nombre de maladies, d'invalidité ou de risque vital [20, 26]. De même, le pourcentage de personnes exonérées du ticket modérateur par la Sécurité sociale est maximum pour les OS, ce qui traduit aussi un taux plus important d'atteinte par des maladies graves alors qu'il est minimum pour les cadres et les professions intermédiaires.

La nature de la liaison entre état de santé et le statut social est à double sens : est-on favorisé sur le plan social parce qu'en bonne santé, ce qui est indispensable pour être performant et compétitif, ou en bonne santé parce que être favorisé sur le plan social permet de mieux se loger, de se nourrir de manière plus diversifiée, d'accéder plus facilement à des activités de loisir, et de se soigner de la manière la plus efficace dès les premiers symptômes et d'éviter ainsi toute aggravation ?

L'état de santé à un moment donné est le fruit non seulement des conditions de vie

actuelles et passées, mais aussi des soins antérieurs et ne dépend pas que des soins actuels.

### ***e. Substitution et complémentarité***

Exprimés en valeurs monétaires les soins peuvent s'ajouter les uns aux autres quelque soit leur nature, mais mille francs dépensés en soins dentaires, en consultations de pédiatre ou en examen radiologique ne représentent pas, même si la somme globale est identique, une même manière de se soigner. Les personnes ont face aux mêmes événements différentes possibilités de soins, 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, mais en partie seulement que la dépense globale présente un moins fort gradient social que celle de soins de ville puisque dans certains cas ils peuvent être remplacés les uns par les autres. 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.

Notons que certaines dépenses comme les soins dentaires ou l'optique présentent un fort gradient social bien que peu d'alternative apparaissent, si ce n'est en terme de qualité des soins ou de délai et les différences sont à considérer en elles mêmes. Au contraire, la pharmacie prescrite, les analyses et les soins infirmiers, toujours prescrits sont complémentaires des soins de médecins.

A l'issue de ce processus complexe, les soins ne sont pas répartis de la même façon dans les différents groupes de la société même si la dépense globale n'est pas très différente. Pour schématiser à outrance une même dépense globale de soins générée dans un cas par de l'hospitalisation et des soins à domicile et dans l'autre par des soins dentaires, de spécialistes et d'optique ne saurait traduire une quelconque « égalité » face aux soins. Ces dépenses sont sous-tendues par des pathologies différentes et en partie seulement par des modes de recours différents à pathologie donnée. Le choix, ou plutôt les alternatives, ne sont que partiellement la décision 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 va en partie déterminer la séquence de soins.

### ***f. Diffusion des soins dans la population***

Les différences sociales de recours aux soins ne sont pas de même ampleur pour tous les types de soins et le sens même de ces variations n'est pas le même ; selon la nature des soins les recours et les consommations sont plus élevées pour les groupes favorisés, par exemple pour les soins dentaires, ou au contraire pour les groupes défavorisés, par exemple pour les visites de généralistes au domicile du patient. Pour d'autres consommations médicales les recours et les consommations varient peu selon les groupes sociaux, par exemple pour les produits pharmaceutiques prescrits.

Au niveau des consommations agrégées ces effets de sens contraire s'annulent en quelque sorte les uns les autres et la consommation médicale globale varie peu selon les groupes sociaux et c'est la nature des soins et la structure de la consommation qui sont différentes. Globalement 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 spécialisée en secteur libéral et aux soins dentaires.

L'importance de la clientèle potentielle n'est pas la même pour les pédiatres ou les soins d'infirmiers à domicile. Faute de connaître cette clientèle potentielle pour les différents types de soins, et compte tenu des grandes variations de consommations observés selon l'âge et le sexe, on en retient comme indicateur la structure par âge et sexe des populations à comparer.

Moins ambitieuse que la notion de « besoin » lié directement aux pathologies, la notion de clientèle potentielle est basée sur les consommations médicales observées actuellement pour les différents groupes démographiques, elle n'est pas un indicateur de qualité ou d'adéquation des soins mais de généralisation à l'ensemble de la population. On peut donc considérer qu'un type de soins est largement diffusé, si deux populations ayant la même structure par âge et sexe ont des recours entraînant à peu près la même dépense.

Les soins de spécialistes, de dentiste et l'optique sont l'objet d'une diffusion à fort gradient social, les groupes favorisés en consommant nettement plus alors que l'hospitalisation complète, les institutions pour enfants handicapés, les transports sanitaires et les soins infirmiers à domicile auxquels les groupes défavorisés ont plus souvent recours sont l'objet d'une diffusion spécifique. A ce niveau d'agrégation les autres consommations médicales, en particulier la biologie et la pharmacie prescrite sont largement diffusées dans la population.

En dehors des structures spécifiques, la prévention est essentiellement faite par les médecins, généralistes, pédiatres et gynécologues ou les dentistes. Sauf les généralistes, les dépenses relatives à ces soins présentent un fort gradient social.

Parmi les soins d'auxiliaires, ceux d'infirmiers présentent une disparité spécifique, les groupes défavorisés ayant une dépense importante. Il est possible que l'effet de l'âge ne soit pas complètement éliminé et que les personnes âgées de 80 ans et plus, appartenant fréquemment aux groupes défavorisés, et qui forment l'essentiel de la clientèle des infirmiers, entraînent cet effet.

Peut-on parler de sous-consommation médicale ou de sur-consommation médicale, de qui et pour quoi ? ces termes n'ont de sens qu'en référence plus ou moins implicite à la satisfaction d'un besoin et à des normes de bons soins, personne n'envisage de considérer que les cadres supérieurs « sous-consomment » de l'hospitalisation.

La mise en place de la CMU a permis de mettre en évidence de vraisemblables sous consommations en soins de base, consultations et pharmacie [18].

C'est dans le cadre d'une diffusion généralisée des soins, grâce au système de protection et à l'élévation générale du niveau de vie, mais dans un cadre réglementaire apparemment<sup>28</sup> rigide par rapport à d'autres secteurs de l'économie, que s'exerce d'avantage la liberté de choix du consommateur : du fait de la protection sociale, la « loi d'airain » de l'argent joue moins (voire pas du tout) dans les décisions des malades.

---

28 [Cette rigidité n'a pas empêché le secteur médical d'être, depuis la création de la Sécurité sociale, l'un des plus dynamiques de l'économie nationale](#)

## Conclusion

La santé occupe une place de plus en plus importante dans les préoccupations de nos contemporains, la part du secteur médical s'accroît dans l'économie nationale, aussi bien les facteurs de production, personnels et équipements, que la consommation et les sommes dépensées.

Sur une période courte, de quelques mois ou d'un an, cette dépense est concentrée sur une faible proportion de la population ayant besoin de soins importants et dont la solvabilité est assurée par la mutualisation nationale des risques. Le niveau et la structure de cette consommation sont fortement liée à la morbidité ; la plus grande partie de la population entraîne une faible dépense médicale. C'est pourquoi il est très difficile de mettre en place des mécanismes de maîtrise des soins médicaux : le contrôle des faibles consommateurs coûterait plus que les économies réalisées et réduire les soins aux personnes gravement malades est contraire à notre éthique actuelle.

L'état de santé se dégrade avec l'âge et le nombre de personnes gravement malades augmente, entraînant une croissance simultanée de la consommation médicale, avec une part de plus en plus importante de l'hospitalisation et, plus généralement, une modification de la structure des soins.

De même que l'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes a peu diminué, les écarts de consommations médicales entre hommes et femmes ne s'atténuent pas ou très lentement.

A un moment donné, de nombreux autres facteurs que pathologiques ou démographiques interviennent dans la manière de se soigner : distribution et accessibilité de l'offre, niveau socio-culturel, disponibilités financières, caractéristiques personnelles,... le rôle de ces facteurs reste secondaire par rapport à celui de la maladie.

En évolution, le niveau des différents soins médicaux et l'utilisation combinée des différents modes de traitement sont liés au développement des connaissances et des techniques médicales, à leur diffusion, à l'accroissement de l'offre disponible et la pression de la population quand elle en est avertie ; en même temps se fait jour une forte demande de mutualisation des dépenses et de solidarité nationale.

Outre des impératifs directement liés à la maladie et à l'urgence, des différences sociales dans la manière de se soigner demeurent, en particulier dans le domaine de la prévention. Les dépenses globales de soins médicaux, de même niveau, recouvrent des structures de soins différentes et coexistent avec de forts gradients de morbidité et de mortalité. Se pose alors le double problème de la qualité des soins et de l'efficacité en terme de santé de ces parcours différents dans le système de soins :

-

peut-on évaluer l'efficacité des « paniers de soins » respectifs des groupes sociaux ?

-

quels seraient les écarts de morbidité et de mortalité en dehors de cette diffusion de la plupart des soins médicaux ?

-

peut-on espérer que les soins médicaux puissent compenser l'effet des conditions

de vie, et si non quels moyens employer pour diminuer ces gradients de mortalité et de morbidité ?

## Bibliographie

### Ouvrages et documents utilisées

- [1] Agguzoli F., Le Fur Ph., Sermet C., *Clientèle et motifs de recours en médecine libérale*, 1994/3, 343 pages, CREDES N° 1008
- [2] Auvray L., Dumesnil S., Le Fur Ph., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, 2001/12, 194 pages, CREDES N° 1364
- [3] Bocognano A., Dumesnil S., Frerot L., Granfils N., Le Fur Ph., Sermet C., *Santé, soins et protection sociale en 1998*, 1999/12, 168 pages, CREDES N° 1282
- [4] Bocognano A., Dumesnil S., Frerot L., Granfils N., Le Fur Ph., Sermet C., *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?*, 2000/10, 143 pages, biblio CREDES 1317
- [5] Breuil-Genier P., « *Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent* », INSEE avril 2000
- [6] Carrasco V., Joubert M., Thomson E., *L'activité des établissements de santé en 1999*, Etudes et résultats N° 118, 6/2001, DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- [7] Colin C., Coutton V., *Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handica-incapacités-dépendance*, Etudes et résultats N° 94, 12/2000, DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- [8] Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S., *L'asthme en France selon les stades de sévérité*. C.R.E.D.E.S., 2000/2, 182 pages, CREDES 1290.
- [9] Com-Ruelle L., Dumesnil S., *Concentration des dépenses médicales et grands consommateurs de soins médicaux*, 1999/6, 170 pages, CREDES N° 1269
- [10] Com-Ruelle L., Le Fur Ph., Lecomte T., Mizrahi An, Mizrahi Ar., Sermet C., *Un indicateur de gravité des maladies : enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1991-92*, 1997/09, 21 pages, CREDES N° 1189
- [11] Direction des statistiques et des études, *Le régime général en 1999, résultats d'ensemble*, CNAMTS, Carnets statistiques, 2001 N° 106
- [12] DREES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France, 1999*, La documentation française, 2001
- [13] Dufour-Kippelen S., *Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution*, Etudes et résultats N° 138, 10/2001, DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- [14] Dumesnil S., Granfils N., Grignon M., Le Fur Ph, Sermet C, *Santé, soins et protection sociale en 1997*. 1999/02, 168 pages, CREDES N° 1255
- [15] Dumesnil S., Granfils N., Le Fur Ph., *Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale*, 1998/6, 175 pages, biblio CREDES 1234
- [16] Fender P., *Programme national de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 en 1999 : la prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux en 1999*, Echelon national du service médical, CNAMTS, 10/2000
- [17] Firdion J.M., Marpsat M., Lecomte Th., Mizrahi An, Mizrahi Ar., *Vie et Santé des personnes sans domicile à Paris : enquête INED*, Paris, février-mars 1995. C.R.E.D.E.S., 1998, 36 pages, biblio CREDES 1222
- [18] Girard I., Merlière J., *La consommation de soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursement*, Point stat, N° 31, CNAMTS, 3/2001
- [19] Granfils N., *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 Tome 1, les médecins Tome 5 : les dentistes*, CREDES N° 1198 et N°1202
- [20] Gueguen R., *Proposition of an aging indicator from général health examination in France*. Clinical chemistry and laboratory Medicine.
- [21] Lecomte T., Le Pape A., *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression*. C.R.E.D.E.S., 1999/9, 106 pages, CREDES 1277.
- [22] Marpsat M., Firdion J.M., *La rue et le foyer*. INED, PUF diffusion, Travaux et documents, Cahier N° 144, 2000.
- [23] Merlière J., *Qui consomme quoi ? Les remboursements de soins de santé du Régime général en 1992 selon les caractéristiques du bénéficiaire*, Bloc note statistique N° 74, 9/2000 Service statistique, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- [24] Mesrine A., *Les différences de mortalité par milieu social restent fortes* », La société française , données sociales 1999, INSEE, 1999, p.228-235
- [25] Mizrahi An, Mizrahi Ar., *Consommation médicale selon l'âge, effet de morbidité et effet de génération*. C.R.E.D.E.S., 1988/6, 69 pages, CREDES 772.
- [26] Mizrahi An, Mizrahi Ar., *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques*, C.R.E.D.E.S., 1994/01, 93 pages, CREDES 999.
- [27] Mizrahi An, Mizrahi Ar., *Les séances de médecin : spécialité, contenu et prix*. C.R.E.D.E.S., 1994, 111 pages, CREDES 1019

- [28] Mizrahi An, Mizrahi Ar., *Consommations de soins*. In : « Féminin Santé », Collection « Education pour la santé », Editions CFES pp. 81-106, 1998.
- [29] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *prévention médicale, motif de consommation de soins de médecin*, Marseille, 1998
- [30] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *Saisonnalité, gestion du temps et chrono-économie médicale*. « Epistula ALASS », n°37, pp. 11-13, juin 2000.
- [31] Mormiche P., *Deux décennies d'évolution des consommations médicales*, Les français et leur santé, Solidarité santé N° 1, 1/1994
- [32] Mormiche P., *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE première, N° 669, 8/1999
- [33] Mormiche P., Urbanicac F., *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, INSEE résultats, N° 64-65-66, 11/1994, 357 p.
- [34] Mouquet M.C, *Les motifs d'hospitalisation*, Etudes et résultats N° 81, 9/2000 DREES, Ministère de l'emploi et de la solidarité
- [35] Sabourdin M., *Evolution des disparités des dépenses médicales, 1970-1980-1991*, 1997/4, 146 pages, CREDES 1168
- [36] Tilly B., Guilhot J., Salanave B., Garrigue P., Fender P., Allemand H., *Programme national de santé publique. Enquête nationale sur la prise en charge de médicale des malades de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1990*, Echelon national du service médical, CNAMTS, 5/2000, 70 p.

#### **Bases de données utilisées**

- [37] Enquête sur la santé et la protection sociale, 1998 (CREDES)
- [38] Appariement EPAS 1995 (CNAMTS) / ESPS 1992-1993-1994-1995 (CREDES)
- [39] EPAS 1998 (Département statistique de la CNAMTS)
- [40] Eco-santé (CREDES - Ministère de la santé et de la solidarité)
- [41] PMSI (Ministère de la santé et de la solidarité)



# Sommaire

## Introduction

- a. Genèse de la consommation médicale
- b. Les besoins médicaux
- c. La demande
- d. Contenu et mesure de la consommation médicale : de quoi se compose-t-elle ? quelles en sont les limites ?

## 1. Consommation médicale : dépense, recours et quantité

1. 1. La consommation médicale

### *Cadrage par les comptes nationaux*

1. 2. Recours et quantités
1. 3. Dépenses

### *a. La Sécurité sociale*

### *b. La protection complémentaire*

### *c. Prix et débours*

## 2. Les consommations médicales par nature

2. 1. L'hospitalisation

### *a. Des séjours nombreux et brefs ou un seul long séjour ?*

### *b. Les soins ambulatoires lourds : alternatives à l'hospitalisation ou transition entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires*

### *c. Les soins forfaitaires aux personnes âgées dépendantes*

2. 2. Les soins ambulatoires aux patients non hospitalisés

### *a. Les soins de médecins*

### *b. Les soins de dentistes*

### *c. Les soins d'auxiliaires médicaux*

### *d. Les analyses médicales*

### *e. Les cures thermales*

### *f. Les transports des patients*

### *g. Les médicaments pour les patients non hospitalisés*

### *h. Les autres biens médicaux pour les patients non hospitalisés*

### *i. La médecine préventive*

2. 3. La combinaison des soins, le circuit du patient

### *a. Concentration des dépenses médicales*

### *b. Rythme et saisonnalité des consommations médicales*

### *c. L'autonomie du patient, les comportements de soins spontanés*

### *d. Les autres manières de se soigner*

### *e. Le recours à la médecine parallèle*

### *f. Ceux qui ne se soignent pas*

## 3. Comment se soignent les malades et les personnes en bonne santé, les recours aux soins selon l'état de santé

3. 1. Les maladies motifs de consommation médicale : nature et nombre de maladies par personne

3. 2. La nature des maladies

3. 3. Le nombre de maladies

3. 4. Les maladies entraînant l'exonération du ticket modérateur de la Sécurité sociale

3. 5. Consommation médicale et état de santé : une relation de nature complexe

### *a. Des dimensions pronostiques de l'état de santé : pronostic vital et invalidité*

### *b. Le pronostic vital*

### *c. L'invalidité*

### *d. L'appréciation subjective de l'état de santé*

3. 6. Etat de santé et consommation médicale, une liaison floue au niveau individuel mais porteuse d'enseignement

3. 7. La prise en compte du temps dans l'observation de la consommation médicale et de l'état de santé

3. 8. L'état de santé peut-il expliquer la consommation médicale ?

## 4. Comment se soignent les jeunes et les vieux, les hommes et les femmes

4. 1. Les différents soins, profils et structures, évolution

4. 2. Comment se soignent les différents groupes démographiques

4. 3. Les nourrissons, de la naissance à 2 ans

4. 4. Les jeunes enfants 2 à 12 ans

4. 5. Les adolescents (13 à 17 ans)

4. 6. Les jeunes adultes (18 à 25 ans)

4. 7. L'âge de la maternité et de la formation des familles (26 à 39 ans)

4. 8. La maturité active, 40-54 ans : soins techniques et spécialisés

4. 9. La transition vers la retraite, 55-64 ans : soins techniques et spécialisés

4. 10. L'après retraite, les « jeunes vieux », 65 à 79 ans

4. 11. Le grand âge, 80 ans et plus

4. 12. Les différences entre hommes et femmes

4. 13. Age et morbidité

5. Comment se soignent les différents groupes de la société

5. 1. Le constat : des manières différentes de recourir au système de soins selon le milieu social

*a. L'hospitalisation*

*b. Les patients soignés à leur domicile*

*c. La couverture complémentaire, un effet prix pour le patient*

*d. Les autres manières de se soigner*

5. 2. Variabilité sociale dans les manières de se soigner

*a. Les différences de recours aux soins par milieu social ne sont pas plus marquées pour les hommes que pour les femmes*

*b. Pourquoi des différences dans les recours et les niveaux des soins ?*

Des états de santé différents

Des modes de couverture et des prix différents

*c. Substitution et complémentarité*

*d. Diffusion des soins dans la population*

Conclusion

Bibliographie