

Les comportements et les pratiques des usagers du système de soins

Andrée MIZRAHI¹ et Arié MIZRAHI¹

1. Définition du domaine

Nous analysons les recours au système de soins dans leur dimension régionale et territoriale en nous plaçant du point de vue du patient.

La dépense engendrée par l'utilisation du système de soins représente 8,7 % du produit intérieur brut. Elle comporte de nombreuses modalités, consultations ou actes de médecin, de dentiste, d'auxiliaire médical, examens de laboratoire, produits pharmaceutiques etc.. regroupées en trois composantes principales, l'hospitalisation, les soins ambulatoires et les biens médicaux.

Les soins sont motivés avant tout par des affections ou troubles de santé, la prévention en tant que telle occupe une place relativement modeste. Les recours dépendent des pathologies et de leur degré de gravité, de l'âge, du sexe, de facteurs socio-économiques (niveau d'instruction, profession, milieu social, revenu, mode de protection, type de famille, etc.) et de l'environnement géographique (région, département, bassin de santé, commune, quartier, etc.) qui caractérise à la fois l'offre concrète de soins de différents niveaux de technicité mais aussi les mentalités, cultures et habitudes locales ou régionales. C'est à cet aspect que nous nous attachons ici.

Les acteurs traditionnels du domaine, au niveau du choix individuel sont le patient et sa famille, l'ensemble des professionnels, conseillers ou prescripteurs au sens large qui gèrent de manière plus ou moins coordonnée les schémas thérapeutiques des patients, et l'état et les financeurs que sont la Sécurité sociale, et les organismes d'assurance complémentaire, mutuelles, assurance privée, etc.

Une des problématiques essentielles sous-jacente à ce domaine est le degré d'autonomie de la demande par rapport à l'offre de soins et en particulier à l'offre locale.

2. Eléments de rétrospective

La consommation médicale par personne en valeur relative augmente depuis la fin de la deuxième guerre mondiale avec un ralentissement dans le rythme de croissance depuis les années 1960. En rendant solvable une partie de la population qui ne l'était pas, l'extension de la Sécurité sociale a permis à l'ensemble de la population d'accéder aux soins. La protection maladie obligatoire a été étendue progressivement à toute la population, aux exploitants agricoles en 1961, aux professions indépendantes en 1967, et à tous les non assurés par la mise en place de la Couverture Maladie Universelle qui rend effectif un droit déjà inscrit dans la loi mais pas toujours appliqué. Selon les régions l'extension de la protection a été plus ou moins rapide. En 1960, un habitant sur trois de l'Ouest et du Sud-ouest n'était pas encore protégées par la Sécurité Sociale et un habitant sur dix dans la région parisienne [1].

¹ ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

La somme non remboursée par la Sécurité sociale a augmenté au rythme de la consommation médicale et les couvertures complémentaires, mutuelles ou assurances privées, se sont développées pour faire face à ce reste à charge, 34 % de la population bénéficiait d'une couverture obligatoire et d'une assurance complémentaire en 1960, 84 % actuellement, hors CMU.

La part de l'hospitalisation dans la consommation médicale a augmenté jusqu'au début des années 1980, depuis elle a régressé alors qu'augmentaient les parts des soins ambulatoires et des biens médicaux.

Les principales caractéristiques régionales de recours aux soins qui existaient dans les années 1960 et 1970, fréquentation hospitalière la plus forte dans l'Est et la région parisienne, soins de ville les plus élevés dans le Sud et la région parisienne, visites à domicile et consommation pharmaceutiques plus élevées dans le Nord et le Sud-ouest, plus faibles dans le Centre-Est se sont maintenues dans un contexte de croissance soutenue de la consommation médicale et de mutation sociologique.

Les disparités de consommation de soins de médecins selon la taille de la commune n'ont pas varié de 1970 à 1991, ni pour les généralistes, ni pour les spécialistes, elles ont par contre diminué pour les soins de kinésithérapeutes entre 1980 et 1991. Les disparités de soins de ville liées à la taille de la commune qui avaient diminué entre 1970 et 1980 se sont accentués entre 1980 et 1991 et inversement les disparités d'hospitalisation qui avaient augmenté entre 1970 et 1980 ont diminué entre 1980 et 1991 [2].

Les politiques d'encadrement puis de « rationalisation » des dépenses de soins ont surtout porté sur l'offre de soins ; au niveau des patients c'est essentiellement par le biais du ticket modérateur que la puissance publique a agi dans un cadre homogène sur tout le territoire. Le seul mode d'expression d'éventuelles politiques régionales dans le domaine des soins était l'octroi plus ou moins aisé de l'Aide médicale, de la compétence des conseils généraux.

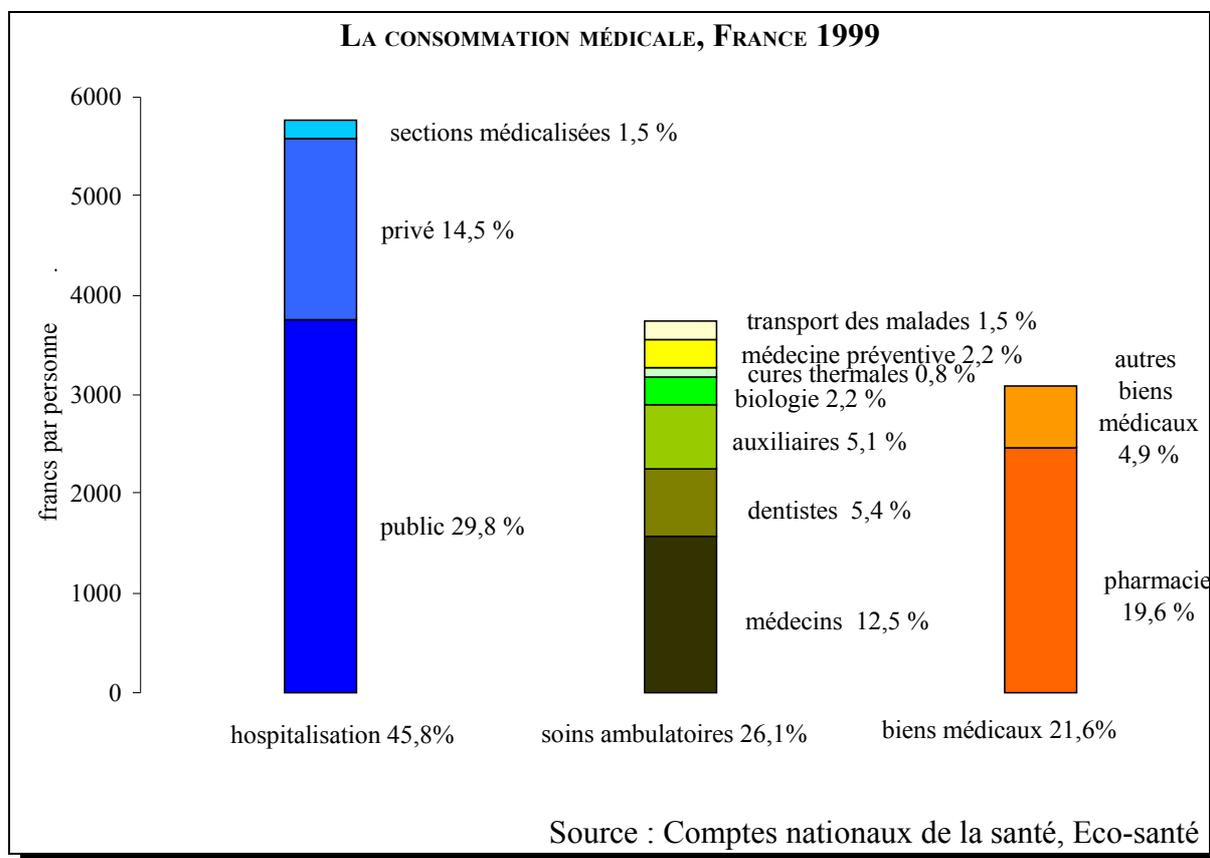
Nombre d'analyses géographiques dites de consommations sont basées sur des données de production rapportées à la population, dans la mesure où lors d'une consultation ou de soins la production est égale à la consommation cette hypothèse est acceptable en un premier temps. Ainsi depuis une trentaine d'années les profils de production médicale par département rapportée aux populations ne se modifient pratiquement pas, on peut en déduire que les différences de recours au soins par personne selon les départements ne se sont pas atténuées [3]. Ces variations n'étaient et ne sont toujours expliquées que partiellement par les différences de structure par âge des régions et des départements.

La densité de producteurs de soins ambulatoires libéraux, médecins, dentistes, infirmiers a augmenté, et par suite, la distance au producteur de soins le plus proche, qui joue un rôle dissuasif sur le recours aux soins, a diminué entre 1980 et 1991 [4] ; ajouté au développement des transports (baisse des coûts, amélioration de la vitesse et du confort), le rôle dissuasif de la distance a diminué, au moins pour la partie la plus mobile de la population. Ce résultat concerne les seuls soins ambulatoires ; quant à l'hospitalisation, la fermeture d'établissements, pour des raisons de taille ou de normes, a augmenté la distance moyenne d'implantation.

3. Situation actuelle

3.1. La consommation médicale par personne

L'hospitalisation entraîne environ la moitié des dépenses de soins, soit 5769 francs par personne en 1999, elle comprend les séjours dans les établissements publics ou privés, généraux ou spécialisés, de court, de long ou de moyen séjour. Les soins ambulatoires regroupent l'ensemble des services dispensés par les praticiens, en général libéraux, médecins (1575 francs), dentistes (681 francs), auxiliaires (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes etc., 645 francs), les examens et analyses de laboratoire (280 francs) ; les produits pharmaceutiques entraînent une dépense de 1575 francs et les appareils médicaux, y compris l'optique de 623 francs. Les transports sanitaires qui jouent un rôle important dans l'aspect territorial engendrent une dépenses de 186 francs (Comptes Nationaux de la Santé).



La consommation médicale individuelle est très dispersés et très concentrée, même sur un an, 5 % des personnes engendrent 47 % de la dépense totale (indice de Gini=0,71) et à l'inverse 80 % de la population entraînent 26 % de la dépense globale. L'hospitalisation, qui concerne 12 % des personnes en un an, entraîne une grande part de cette dispersion par l'importance et la grande variabilité de son coût [5].

L'aspect territorial est abordé dans la plupart des analyses de comportement en terme de catégories de commune et de région, pour les comportements moins fréquents nous utiliserons les bassins interrégionaux [6]. Plus récemment ont été défini des regroupements de communes

ou de zones d'emploi homogènes du point de vue de l'offre de soins, de l'état de santé et de la consommation médicale qui définissent 12 paysages socio-sanitaires transversaux aux régions [7].

Quels que soient les critères étudiés, les agrégations masquent une grande partie des différences entre personnes et les différences de recours aux soins à l'intérieur de ces régions peuvent être plus fortes qu'entre les régions.

1.2. Disparités sociales, disparités régionales dans le recours aux soins

Pour les soins, les éléments de choix du patient si tant est qu'il en ait un, sont le prix, la technicité, la distance, le délai, qui varient selon la région et la catégorie de commune.

Les modes de protection et le « prix » pour le patient

Le prix des soins pour le patient dépend du ticket modérateur de la Sécurité sociale et d'un éventuel remboursement par un organisme complémentaire. Le niveau du ticket modérateur dépend de quatre critères :

- tous les soins pour certaines affections de longue durée, pour les maladies professionnelles et accidents du travail et pour les maternités sont pris en charge à 100 % dans les limites des tarifs (exonération partielle),
- l'ensemble des soins fournis à certaines personnes (invalides, bénéficiaires du RMI ou de la CMU) sont pris en charge à 100 % dans les limites des tarifs,
- la nature du producteur, par exemple les soins de médecin sont mieux remboursés que ceux d'auxiliaire ou que la biologie,
- en pharmacie, les taux de remboursement varient selon les produits.

Ainsi, la politique du ticket modérateur ne hiérarchise pas les soins en fonction de leur efficacité. En 1998, 10 % des habitants du grand Sud-est déclarent être exonéré totalement ou partiellement du ticket modérateur pour des raisons médicales et 6,6 % de ceux du Nord par contre dans cette région ils sont 5 % à déclarer être exonéré uniquement pour des raisons sociales² (RMI, etc.).

Avant l'instauration de la CMU, 84,8 % des personnes déclaraient ne pas avoir de protection complémentaire. C'est dans l'Ouest Atlantique que la protection complémentaire est la plus répandue ainsi qu'en Rhône-Alpes, En Ile de France et dans la région PACA qu'elle est la moins fréquente ; et ce pour tous les groupes sociaux et toutes les classes de revenu. Le faible taux de couverture complémentaire en Alsace est à mettre en relation avec le régime d'Alsace-Moselle qui assure de meilleurs taux de remboursement que le régime général ; en dehors de ce cas particulier, les différences en termes de couverture complémentaire ou d'exonération du ticket modérateur ne s'expliquent, ni par les structures démographiques, ni par la composition sociale et mettent en évidence des spécificités locales et régionales [8].

Mais pour les médecins du secteur à honoraires libres, majoritairement des spécialistes, les taux de remboursement par la Sécurité sociale ne sont pas basés sur les dépenses réelles et de même pour les soins remboursés au forfait, prothèse dentaire, optique, prothèse auditive etc. et les prises en charge par les organismes complémentaires sont très variables ; les différences sociales de consommation sont les plus fortes pour ces soins, les moins bien remboursés.

2

avant la CMU

Les consommations de soins de spécialistes et de dentistes sont plus élevées pour les couches favorisées (cadres, personnes ayant fait des études supérieures, bénéficiant d'une protection complémentaire généreuse, hauts revenus, etc..) alors que les visites de généraliste au domicile des patients et les soins infirmiers sont plutôt l'apanage des groupes défavorisés. D'autres soins, consultations de généralistes, pharmacie prescrite ou biologie sont consommés de manière plus homogène selon les groupes sociaux.

Les prix réels pour les patients dépendent des taux de dépassement. Tels qu'estimés à partir des dossiers de Sécurité sociale des habitants, les taux de dépassement varient fortement selon les régions ; pour les soins de spécialistes ils sont minimum dans l'Ouest et spécialement dans l'Ouest Atlantique (4 %), et maximum dans l'Ile de France (21 %) et dans le Grand Sud-est, spécialement en Rhône Alpes (13 %) ; pour les soins dentaires, où le dépassement est quasi systématique, ils sont minimaux dans le Nord (39 %) et l'Ouest Atlantique, spécialement en Bretagne (37 %) et maximum en Ile de France (64 %) et en PACA (53 %).

La distance

Bien que les patients ne se rendent pas systématiquement chez le producteur de soins le plus proche, la distance joue un rôle dissuasif sur le recours aux soins, et les distances moyennes ne sont pas les mêmes dans les différentes régions et plus encore dans les différentes catégories de commune. La distance que le patient est prêt à parcourir dépend à la fois de la technicité et de la spécialisation des soins, de la réputation du personnel, de l'orientation prescrite ou conseillée par les professionnels et des caractéristiques du patient, âge, milieu social, niveau d'instruction [9], et sans doute de la région. Mis à part les situations d'urgence médicale, le choix du patient pour un examen technique spécialisé (IRM, endoscopie etc.) peut se faire entre distance à parcourir et délai d'attente.

Par rapport à la moyenne nationale, les habitants des communes rurales, plus éloignés des producteurs, ont une consommation faible de soins de spécialistes, de dentistes et de biologie et élevée de soins de généralistes à domicile et de soins infirmiers : les habitants des communes rurales bénéficient plus que les autres de soins à domicile. Ces écarts à la moyenne tiennent en partie à la proportion élevée de personnes âgées dans les communes rurales mais ne s'estompent pas après élimination mécanique de cet effet. A l'inverse les habitants de Paris intra-muros et des grandes villes consomment le plus de soins de spécialistes, de dentistes et de pharmacie non prescrite. La pharmacie prescrite et les consultations de généralistes sont consommées de manière plus homogène [10].

Ces variations de recours aux soins selon la catégorie de commune sont, en moyenne, proches de celles observées selon les critères socio-économiques, les habitants des communes rurales présentant un profil de recours aux soins proche de celui des groupes défavorisés (fort recours aux généralistes, aux infirmiers et faible recours au spécialistes et au dentiste) alors que les habitants des grandes villes ont, en moyenne un comportement plus proche de celui des cadres.

3.3. Les différences régionales

Par contre les différences régionales ne recouvrent que partiellement les différences sociales de recours aux soins.

Les consultations de spécialistes par personne varient du simple au triple, avec un maximum à Paris et dans les départements du midi. Les actes en K présentent le même profil, mais avec une amplitude moindre (de 1 à 1,5). Inversement les visites de généralistes sont maximum

dans le Nord et le Pas de Calais et dans le Sud-ouest (Dordogne, Gironde) et minimums dans le Centre Est (Rhône). La pharmacie prescrite est forte dans le Sud-ouest et le Nord, faible dans le Sud-est.

Au niveau des sept grands bassins interrégionaux la consommation de soins de spécialistes est maximum en Ile de France et dans les deux Grands Sud (est et ouest). Dans chacun, on retrouve les différences sociales de consommation de soins de spécialistes mais avec une ampleur différente, elles sont maximum dans le Nord et minimum dans le Grand Est, soit dans une région de faible consommation et une de forte consommation. La consommation de soins de spécialistes d'un cadre supérieur d'Ile de France est trois fois et demie supérieure à celle d'un OS du Nord ou du Bassin parisien mais inversement un cadre supérieur du Nord ou du Bassin parisien a sensiblement la même consommation de soins de spécialistes qu'un OS d'Ile de France ou du grand Sud-ouest.

Pour la biologie et la pharmacie, alors que les différences sociales sont peu marquées, les habitants du Grand Sud-ouest se distinguent comme de forts consommateurs et les habitants de l'Ouest Atlantique comme de faibles consommateurs.

Les disparités régionales de consommations médicales sont expliquées en partie seulement par les structures par âge et sexe des régions ; ainsi, à partir des dépenses de l'Assurance maladie rapportées à la population des régions, l'écart par personne entre les régions atteint 40 %, entre le maximum, en Provence Alpes Côte d'azur, et le minimum, dans le Centre et le Nord Pas de Calais ; 10 % seulement de ces différences, sont expliquées par l'effet mécanique des structures par âge [11].

L'estimation des consommations des habitants d'un territoire quel qu'il soit suppose d'admettre un certain nombre d'hypothèses, d'autant plus fortes que le territoire est ouvert sur l'extérieur, et nécessite une évaluation des importations (soins fournis à des habitants du territoire par des producteurs extérieurs) et des exportations (soins fournis par des producteurs du territoire à des « étrangers »). Dans le domaine de l'hospitalisation l'attraction des centres d'excellence nationaux et des centres universitaires et régionaux est largement documentée et analysée [9]. La distance entre le lieu de résidence et l'établissement hospitalier varie selon le type d'établissements, (35 km pour un CHR, 21 pour CHG, 10,4 pour un CH et 22 pour une clinique) et selon les variables sociales des hospitalisés (niveau d'instruction, profession). Les groupes favorisés se déplaçant plus que les autres.

Un phénomène du même ordre a été mis en évidence pour les soins de médecin au niveau des départements. Les habitants d'une région (et à plus forte raison d'un département) ne consultent pas les seuls praticiens de leur région ou département. Pour les omnipraticiens, la consommation des habitants (mesurée en honoraires perçus par les médecins) se répartit en 88 % par des omnipraticiens du même département, 7,5 % d'un autre département mais appartenant à la même région et 4,5 % pour des omnipraticiens hors région. Ces proportions semblent faibles comparées aux périodes passées loin du domicile (vacances, déplacements professionnels), mais on peut penser que la maladie est un obstacle aux voyages et qu'au moment du déplacement, seuls sont dispensés les soins considérés comme urgents ou indispensables [12].

Pour les spécialistes, la consommation des habitants (mesurée en honoraires perçus par les médecins) se répartit en 77 % par des spécialistes du même département, 14,5 % d'un autre département mais appartenant à la même région et 8,5 % pour des spécialistes hors région.

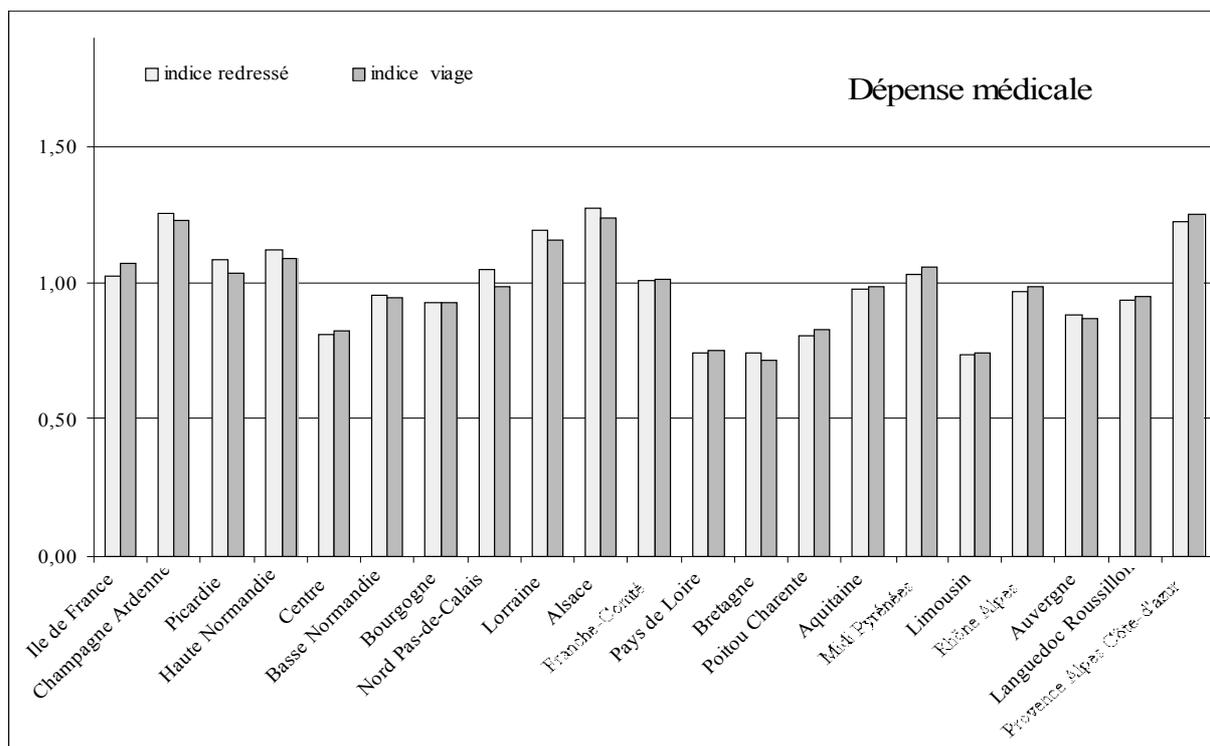
Des inégalités de santé entre régions sous-tendent en partie les recours aux soins. Les inégalités de mortalité entre régions, globalement et par cause sont connues depuis longtemps et bien documentées, ainsi que pour certaines affections (cancer, alcoolisme, obésité,..).

L'indice de consommation viage

Pour apprécier l'impact mécanique que peut avoir sur la consommation médicale cette longévité différentielle dans les 22 régions, nous introduisons la notion de « consommation médicale viage » [13], par référence à l'« espérance de vie » du moment (voir annexe). Dans les deux cas, on affecte la mortalité de la première année à un ensemble virtuel de naissances ; aux survivants théoriques, on affecte la mortalité de la deuxième année, et ainsi de suite jusqu'à extinction complète de la cohorte. L'espérance de vie de cette cohorte virtuelle est une représentation de la mortalité de toutes les classes d'âge, elle ne représente la durée de vie probable d'aucune classe d'âge. De la même façon nous affectons à chacune des personnes de cette cohorte fictive la consommation médicale moyenne des personnes de son âge, la somme de toutes ces consommations est la « consommation médicale viage » de cette cohorte. La « consommation médicale viage » des régions dépend donc à la fois de leur consommation aux différents âges et de leur taux de survie.

Quoique leurs indices standardisés de mortalité (ISM) soient proches, Alsace (110) et Bretagne (111,1) ont des indices de consommation médicale viage éloignés, le deuxième plus élevée pour Alsace (1,24), le plus faible pour Bretagne (0,72), du seul fait de leurs indices de consommation à âge égal.

En sens inverse, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais, dont les indices de consommation à âge égal sont respectivement 1,03 et 1,05, ont des indices de consommation médicale viage moins proches (resp. 1,06 et 0,99) du fait de leurs indices standardisés de mortalité (resp. 94,2 et 120,9).



L'indice de consommation viage, (consommation viage d'une région sur la consommation viage France) modifie l'ordre des régions tel que déduit de l'indice de consommation médicale redressé par âge et sexe. Du fait de leur plus grande longévité, les indices de consommation viage des habitants de l'Ile de France (1,07 %) sont supérieurs à leurs indices redressés par âge et sexe (1,03 %). En sens inverse, pour les habitants du Nord, l'indice de consommation viage (0,99) est inférieur à l'indice redressé par âge et sexe (1,05). Les différences régionales entre indices de consommation médicale viage et indices redressés par âge et sexe sont moindres qu'entre catégories socio-professionnelles, du fait d'une moins grande variation de la mortalité par région que par catégorie sociale

3.4. 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 domaines cependant, la prévention, l'achat de produit pharmaceutiques non prescrits, l'appel direct au médecin, l'observance des traitements prescrits, le recours à la médecine parallèle, la population a une part prépondérante d'initiative. Ainsi entre-t-on plus souvent directement à un échelon spécialisé du système de santé en Ile de France et dans le Bassin Parisien, suit-on mieux les traitement dans l'Est, fait-on appel plus fréquemment aux médecines parallèles dans l'Ouest Atlantique.

La prévention

Les comportements de prévention médicale, bilan, vaccination, détection systématique, sont plus fréquents dans les couches aisées et instruites de la population [14]. C'est dans le Nord que la proportion de séances consacrées à la prévention est la plus faible, en Ile de France et dans le Bassin Parisien la plus élevée [15].

Les séances à l'initiative des patients

Se rendre directement chez le médecin est plus fréquent pour les consultations ou les visites de généraliste que pour celles de spécialiste qui sont une fois sur cinq conseillées par un généraliste. C'est dans le Nord (33 %) que les habitants se rendent le plus souvent chez le spécialiste sur les conseils de leur généraliste. Par contre c'est en Ile de France et dans l'Est que les patients se rendent le plus souvent spontanément chez le spécialiste.

L'observance

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. 14 % des adultes déclarent ainsi ne pas suivre strictement la prescription pharmaceutique du médecin généraliste, plus particulièrement les jeunes.

Les habitants du Grand Est se déclarent les plus observants, ceux du Grand Sud-ouest et surtout de l'Ile de France les moins observants [21].

Le renoncement aux soins pour raisons financières

Le renoncement aux soins traduit une perception différente à la fois des besoins, du prix et des possibilités financières, il porte le plus souvent sur les prothèses et les soins dentaires, les soins de médecin et l'optique. C'est dans les régions où les consommations médicales sont les plus élevées que les personnes déclarent le plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières, ainsi c'est en Ile de France et dans le Midi, Grand Sud-est et Grand Sud-ouest que les renoncements aux soins sont maximums et dans l'Ouest Atlantique qu'ils sont les plus faibles.

Au niveau des régions les particularismes locaux apparaissent encore plus nettement, les taux de renoncement aux soins passant de 15 % en Bretagne et en Alsace à 28 ou 29 % en Ile de France et en Provence Côte d'azur [21].

L'automédication

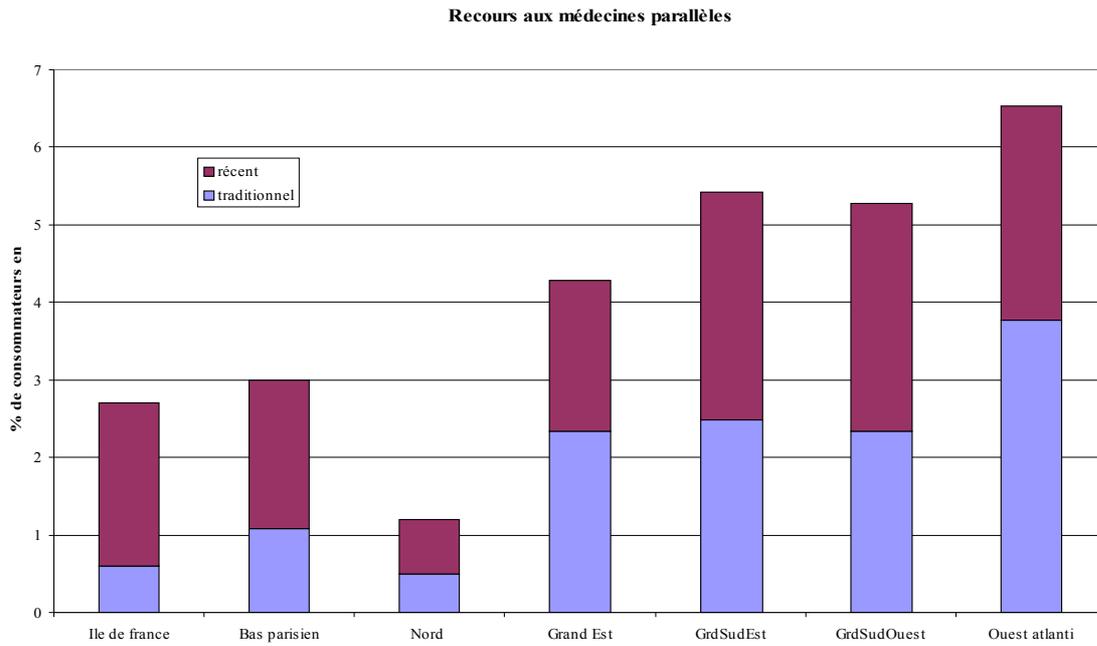
Pour traiter une maladie déjà connue ou considérée comme mineure et qu'on pense pouvoir traiter seul, la manière la plus simple, sans délai, sans attente et avec un déplacement minimum, est d'acheter directement des médicaments à la pharmacie. Par contre la dépense reste intégralement à la charge du patient ; ce sont les personnes disposant des plus hauts revenus, celles ayant fait des études supérieures, qui sont les plus forts consommateurs de produits pharmaceutiques non prescrits.

Les habitants de Paris et de la banlieue parisienne dépensent presque deux fois plus que les habitants des communes rurales ou des petites villes en produits pharmaceutiques non prescrits, et ceux des autres villes un quart en plus. Les prix moyens des produits achetés sont proches et c'est surtout le nombre de boîtes achetées qui est plus important.

Les habitudes d'automédication varient aussi beaucoup selon les régions, les dépenses sont minimums dans le Nord, en Champagne, Picardie, Haute Normandie, Lorraine et maximum en Ile de France, Rhône Alpes et Provence Alpes Côte d'azur [21].

Le recours à la médecine parallèle

Un habitant sur vingt déclare avoir eu recours au moins une fois au cours des 12 derniers mois à des personnes qui soignent sans appartenir au système de soins reconnu, 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. 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. Le recours au guérisseur, rebouteux etc. est le plus fréquent dans l'Ouest Atlantique, spécialement dans le Poitou, puis dans le Sud ; le recours à des praticiens plus « modernes », (naturopathe, ostéopathe etc.) est maximum dans le Sud. Les habitants du Nord et de l'Ile de France ont le moins souvent recours à la médecine parallèle [16].



4. *Eléments de prospective*

4.1. Tendances lourdes

Les recours aux soins continueront d'augmenter, et plus rapidement pour les recours aux spécialistes et à la médecine technique, en ville comme à l'hôpital, car ils sont en grande partie inhérente au progrès technique dans sa phase actuelle. L'augmentation par personne des consultations de médecins, généralistes et spécialistes, des examens d'imagerie et de biologie, de la pharmacie et des appareils, de la chirurgie ambulatoire et la diminution de la durée des séjours associée à hospitalisations des plus fréquentes et/ou moins traditionnelles, de jour, de nuit, de semaine etc., se poursuivront. Dans le cas où une prise en charge financière collective ne permettrait plus de faire face aux dépenses, l'embryon de médecine à deux vitesses qui existe déjà, risquerait de se développer menaçant peut être les équilibres sociaux. L'Ile de France joue un rôle moteur dans ce développement ainsi que les grandes métropoles universitaires et les villes de facultés de médecine, préfigurant les évolutions dans les autres régions.

Au cours du temps le comportement des couches moyennes suit avec retard celui des groupes les plus favorisés, celui des ouvriers, celui des couches moyennes etc. ; de même les habitants des communes rurales se comportent avec un certain retard comme ceux des petites villes, qui suivent eux même ceux des grandes villes etc. Ainsi les habitants des communes rurales consommaient le même pourcentage de séances de spécialistes parmi les séances de médecin (hors radiologie) en 1991-92 que les parisiens en 1960 ; de même le pourcentage de séances de médecins constitué de visites de généralistes au domicile du patient, en diminution constante, atteignait en 1991 dans les communes rurales, le même niveau qu'à Paris en 1960.

Les disparités de recours aux soins entre habitants des communes rurales et habitants des grandes villes ne se sont pas sensiblement modifiées au cours des 30 ou 40 dernières années, par contre l'exode rural et le déclin démographique des communes rurales ont entraîné pour la population une réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins. La population, par un

double mouvement d'augmentation de l'offre de soins et de l'urbanisation, se trouve maintenant en moyenne plus proche des producteurs, sauf pour certaines spécialités liées à l'existence d'équipements lourds comme les chirurgiens [4]. La répartition des équipements spécifiques lourds et hyper-spécialisés ne peut se faire que dans un cadre national, ce qui peut engendrer des tensions au niveau des régions.

La diffusion des innovations diffère selon les régions et selon la taille des agglomérations. Les médecins innovateurs résident plus souvent dans les villes de plus de 100000 habitants [17] et leurs habitants sont donc plus susceptibles d'en bénéficier. De même la concentration des moyens médicaux en centre ville, et, parmi les villes, dans les villes universitaires (en particulier les spécialistes qui sont plus innovateurs que les généralistes) favorise l'accès à l'innovation pour leurs habitants ou les personnes qui se déplacent pour les consulter.

La diminution des durées de séjour en établissement hospitalier se poursuit depuis plusieurs décennies ; souhaitée par les pouvoirs publics, répondant souvent aux désirs des patients, elle touche toutes les catégories de population et toutes les régions.

4.2. Germes de changement

Les alternatives à l'hospitalisation

La frontière entre soins ambulatoires et hospitalisation devient floue avec le développement de formes nouvelles de soins hospitaliers, chirurgie ambulatoire, hospitalisation de moins de 24 heures, de jour, de nuit, et terme paradoxal, s'il en fût, l'hospitalisation à domicile etc., mais leur mise en place est plus lente que prévue. Pour l'HAD, ce sont surtout les habitants des grandes villes qui en bénéficient, tout particulièrement ceux d'Ile de France, d'Aquitaine, du Limousin et de Poitou-Charente, du Nord Pas de Calais alors que les services de soins infirmiers à domicile sont bien implantés et utilisés par les habitants des communes rurales. Cette différence s'explique en partie par de fortes contraintes techniques pour une prise en charge en HAD qui nécessite la proximité d'équipes médicales spécialisées alors que ce n'est pas le cas pour les SIAD.

Le développement de ces alternatives dépend aussi de la motivation tant des producteurs que des consommateurs potentiels [18] et peut, comme dans le passé récent, s'accélérer de manière variable selon les régions.

Selon le niveau de transfert de responsabilités vers les régions, la frontière assez floue entre le sanitaire et le social pour la prise en charge des personnes âgées peut se déplacer différemment avec pour conséquence des prises en charge à domicile plus ou moins médicalisées.

Autonomie de la demande

La part de demande de soins induite par l'offre fait l'objet de débats. En évolution, deux tensions contradictoires se font jour. La plus grande spécialisation et technicité rend les patients plus dépendants d'une compétence de plus en plus pointue. En sens inverse, l'élévation du niveau culturel et l'accès plus facile à l'information leur donne une plus grande liberté ; à cela s'ajoute un allongement des processus de soins, laissant le temps aux patients d'acquérir une plus grande capacité de décision autonome ou tout au moins de « négociation » avec les praticiens. Le développement des nouvelles techniques d'informations peut faciliter une certaine autonomie du patient et une prise en charge de son traitement par un auto-contrôle des paramètres. Le développement différentiel d'internet selon les régions laisse

penser que ce sont les habitants des villes et de la régions Ile de France qui en bénéficieraient en premier.

L'institution du médecin référent

Le rôle et la fonction du généraliste sont à la fois contestés et valorisés. La référence au médecin de famille tend à s'estomper dans les villes et chez les jeunes. Néanmoins, toutes les observations montrent une grande fidélité des patients à leur médecin habituel. La généralisation du médecin référent modifierait le mode d'entrée du patient dans le système et l'ensemble du processus de soins.

La CNAMTS propose de verser 300 francs par an au généraliste référent pour chaque patient adhérent au système. Or les soins de généraliste entraînent une dépense de 657 francs par personne et par an en France en 1998 ; le taux de remboursement pour les généralistes étant de l'ordre de 73 %, la Sécurité sociale verse en moyenne 480 francs aux généralistes par personne protégée et par an. Comme le montant total des sommes versées à l'ensemble des généralistes (enveloppe) est supposée demeurer stable, la proposition de la CNAMTS reviendrait à verser près des deux tiers de cette somme (62,5 %) par capitation et à peine plus du tiers (37,5 %) comme honoraires pour des actes. Cette proposition de rémunération pourrait donc entraîner, si les généralistes l'adoptaient, une transformation assez radicale du fonctionnement du système de santé français. Curieusement, cette proposition de caractère apparemment technique n'a pas été discutée à la mesure de l'importance de ses possibles répercussions⁴. Jusqu'à présent, peu de généralistes ont accepté cette proposition.

Le pourcentage de médecins référents parmi les généralistes varie d'une région à l'autre, forte dans le Sud-est et surtout d'une caisse de Sécurité sociale à l'autre. Le choix des patients n'est pas parallèle à celui des médecins : les assurés de Montbéliard sont trois fois plus nombreux que ceux de Nice à choisir un médecin référent [19].

L'exercice isolé de la médecine dans son cabinet est sans doute amené à disparaître, les cabinets de groupe et centre de soins seront-ils fréquentés par les mêmes populations, en particulier en zone rurale ?

L'hospitalisation

La diminution de lits hospitaliers et la fermeture de petits hôpitaux et cliniques ayant pour conséquence en même temps une baisse de densité et une augmentation des distances, ne peut qu'entraîner une diminution de l'hospitalisation au profit des soins ambulatoires. Cette réduction des durées de séjour ira-t-elle jusqu'à la quasi disparition de l'hospitalisation sous sa forme actuelle ? simultanément, les patients acceptent de parcourir des distances de plus en plus grandes pour bénéficier de soins qu'ils pensent de meilleure qualité ou pour diminuer les délais d'attente qui apparaissent pour certains examens spécialisés ou consultations réputées. Dans ce contexte l'évaluation locale des « besoins », ou de l'adéquation de l'offre à la demande sera de plus en plus difficile à établir. La politique de la carte sanitaire (qui concerne

³ arrêtés du 28 Mars 1997 approuvant l'avenant à la convention médicale des médecins généralistes complété en ...

⁴ les responsables de la CNAMTS pensaient que cet attachement du patient à son médecin risquait d'entraîner une dégradation de la qualité des soins de la part du praticien ; pour pallier ce risque, ils ont introduit des conditions de formation post universitaire relativement contraignantes qui ont jusqu'à présent contrecarré l'adhésion des médecins.

les équipements lourds) peut ainsi être tenue en échec par une mobilité des patients rendant difficile l'évaluation des besoins à un niveau régional, voire national⁵.

Pour prendre en charge à domicile les pathologies lourdes et développer les soins à domicile, les équipes soignantes se déplaceront-elles, y compris dans les zones éloignées ou dans les régions où l'hôpital est très prégnant comme en Rhône-Alpe, ou dans les banlieues défavorisées désertées par les services publics et les médecins ? Les soins à domicile sont complémentaires de la prise en charge en institution pour les personnes âgées ; une étude par région montre que les SAD renforcent les institutions sans les remplacer.

La mise en place des réseaux territoriaux et de nouvelles pratiques de prise en charge graduée des soins permettra-t-elle aux patients soignés à domicile de bénéficier de tous les soins nécessaires à leur état, sachant peu probable une réduction des coûts de prise en charge. De telles pratiques pourraient atténuer les différences entre les régions, à l'intérieur des régions, entre zones rurales et agglomérations, à l'intérieur des villes entre les quartiers aisés et défavorisés.

Le développement de la télé-médecine peut unifier les pratiques entre zones rurales, banlieues et centre-ville.

Les quartiers sensibles et les populations défavorisées

Les « déserts médicaux » se sont insidieusement créés dans certains quartiers, désertés d'une manière générale par les services publics et les commerces, et dans lesquels les médecins hésitent à s'installer, compte tenu du climat social dégradé qui y règne, phénomène accentué par la féminisation du corps médical. Les pouvoirs publics conscients de ce problème ont essayé différentes formules pour y remédier, par exemple l'instauration de zones de franchise dans les quartiers sensibles, facilitant l'installation de médecins ou de dentistes. Dans ce contexte social difficile, où les handicaps se multiplient à l'échelle d'une zone géographique défavorisée, les problèmes de santé d'habitants ne disposant pas ou plus de soins de proximité sont plus ou moins bien pris en charge. Les recours aux urgences des hôpitaux, qui ne cessent d'augmenter, sont parfois la seule réponse possible. Les « maisons de santé » verront peut-être le jour, au moins à titre expérimental, en quoi se distingueront-elles des dispensaires novateurs qui intégraient action médicale et sociale, comme celui de Saint-Nazaire qui a été fermé à cause de son coût il y a quelques années. Une augmentation significative du *numerus clausus* et l'accroissement de la densité médicale, associés à des mesures financières incitatives pourraient pousser certains médecins à s'installer dans ces « déserts économiques ».

La mise en place de la CMU, théoriquement homogène sur l'ensemble du territoire, en particulier dans son volet couverture complémentaire modifiera peut être les comportements des personnes défavorisées vis à vis des soins. Les régions françaises diffèrent tant par leur structure sociale et leur distribution de revenu que par l'application plus ou moins rigoureuse des règlements. Dans le domaine des soins, l'exonération du ticket modérateur pour des motifs économiques est maximum dans le Nord, la Haute Normandie et le Limousin, minimum en Ile de France et dans l'Est. Le renoncement aux soins de médecin a augmenté au

⁵ *le tourisme médical peut ainsi être assimilé au commerce extérieur, les soins donnés à l'étranger à des patients français étant assimilés à des importations et réciproquement les soins donnés en France à des patients étrangers étant assimilés à des exportations : les régions frontalières, françaises ou étrangères, peuvent donc être tentées de développer des équipements de niveau international.*

cours du temps, la mise en place de la CMU suffira-t-elle à infléchir cette tendance et les écarts entre régions vont-ils s'atténuer ?

L'automédication

Depuis plus de 30 ans, l'automédication ne décolle pas en France, et demeure aux environs de 10 % de la dépense pharmaceutique, en dépit du déremboursement d'une partie de la pharmacie prescrite. Pour des raisons d'économie, les pouvoirs publics ne seraient pas hostiles à son développement ; verra-t-on la France suivre pour cette pratique l'exemple de certains pays voisins où elle atteint des taux de 30 à 40 % ?

4.3. Rupture ou inflexions possibles

Si les mentalités évoluent lentement, les comportements doivent s'adapter aux modifications réglementaires et aux progrès techniques, parfois très rapides : les principales ruptures ou inflexions possibles dans le domaine des soins, viennent de l'organisation des soins, de l'intégration plus ou moins rapide du progrès technique et de sa diffusion sur le territoire ; la source des évolutions est donc à rechercher plutôt du côté des pouvoirs publics⁶, de la recherche médicale et de la diffusion des innovations que des comportements des patients.

Jusqu'à quelle limites les durées de séjour en établissement hospitalier peuvent-elles diminuer ? verra-t-on par exemple des accouchements de jour comme pour la chirurgie ? plus généralement, l'hôpital se réduira-t-il à un plateau technique de soins de jour, les patients étant renvoyés chez eux (ou en hôtel) la nuit ?

Le développement du tourisme médical, d'une région à l'autre, voire d'un pays à l'autre peut remettre en question la carte sanitaire, et même le numerus clausus appliqué aux médecins (que deviennent les « indicateurs de besoins » quand la population desservie est internationale ?).

En médecine hospitalière, la prise de conscience et l'observation rigoureuse des maladies nosocomiales peuvent décourager l'accès aux soins hospitaliers en certains points du territoire, allant dans le sens d'une moindre fréquentation et d'une poursuite de la diminution des durées de séjour. De même, suite à l'apparition de nouvelles épidémies et quelques échecs très douloureux (contamination des hémophiles par le VIH par exemple, hormone de croissance, etc.) pourrait-on assister à une crainte devant la médecine scientifique et des recours accrus aux pratiques magiques ou pseudo-scientifiques.

En médecine de ville, la principale rupture serait l'adoption généralisée du médecin référent, rapprochant le système français de l'anglais, avec de possibles difficultés d'accès au spécialiste ou à l'hôpital et allongement des délais.

Une demande très forte s'exprime pour être informé et bénéficier tout de suite des derniers traitements, voire des dernières découvertes médicales. L'aide au diagnostic, les différents portails santé vont-ils entraîner, d'abord parmi les couches urbaines favorisées, puis pour les classes moyennes, une « déterritorialisation des soins » avec une augmentation sensible de l'auto-diagnostic et de l'auto-traitement, soutenues par l'aide en ligne de spécialistes de niveau national, voire mondial ?

⁶ *inversement, les décisions ayant un caractère politique doivent tenir compte de l'opinion publique ; c'est ainsi qu'une campagne intense et prolongée pour libéraliser l'assurance maladie n'est pas parvenue à ses fins*

Jusqu'où la régionalisation peut-elle aller ? pourrait-on voir certaines régions organiser un « dumping social » (comme le font certains pays) pour attirer les entreprises, entraînant ainsi un éclatement du système de santé et accentuant les inégalités géographiques d'accès aux soins.

5. *Incertitudes*

Les principales incertitudes concernent l'innovations médicale : elle a transformé au cours du dernier demi siècle les modes de traitement et l'évolution d'un grand nombre de maladies : ainsi par exemple, l'apparition d'un traitement médicamenteux de la maladie d'Alzheimer améliorerait considérablement l'espérance de vie et la qualité de vie des malades, viderait d'une partie de leur clientèle les services de long séjour et maisons de retraite et entraînerait de substantielles économies à la Sécurité sociale comme aux services sociaux.

La frontière entre hospitalisation et soins de ville est parfois floue, avec le développement de l'« hospitalisation » de moins de 24 heures, de jour, de nuit etc. Cette frontière sera-t-elle de moins en moins perceptible, avec développement du plateau technique et exclusion des malades, éventuellement vers des « hôtels » pour malades à proximité des équipements, mais non pris en charge par la Sécurité sociale ?

Que deviendraient les transports sanitaires dans une telle évolution ? leur part dans la dépense médicale augmente déjà et ils jouent un rôle important dans l'aspect territorial. La concentration des équipements devrait être accompagné d'une attention accrue à leur accessibilité géographique, c'est à dire à la facilité d'utiliser les transports sanitaires. Ce problème deviendrait particulièrement aigu dans les cas d'une centralisation accrue des pôles d'excellence.

La politique de maintien à domicile, en particulier des personnes âgées dépendantes, s'est paradoxalement accompagnée d'une baisse des visites de médecins au domicile du patient depuis le début des années 1990 et ce dans toutes les régions, alors que les kinésithérapeutes se déplacent de plus en plus souvent et que les infirmiers le font depuis longtemps. Les médecins insérés dans des équipes sous forme de réseaux acceptent-ils de revenir à cette pratique plutôt que de laisser les patients les plus vulnérables pris en charge uniquement par des auxiliaires, surtout dans les régions comme l'Est où les visites sont rares.

Dans le domaine de la maladie mentale beaucoup d'espoirs ont disparu, les nouveaux traitements, qu'ils soient médicamenteux ou de tendance psychanalytiques, et la sectorisation psychiatrique appliquée de manière très variable selon les régions [21] n'ont pas donné de résultats escomptés. Devant l'insuffisance des résultats obtenus, les régions dans le cadre d'une politique plus décentralisée pourraient suivre des voies divergentes, les unes remettant en cause la sectorisation basée sur une population habitant un territoire pour créer une concurrence permettant au patient de choisir entre plusieurs réseaux basés ou non sur le territoire. Actuellement une partie de la population se détourne des soins sectorisés, qui ne concernent que la psychiatrie publique, en consultant des psychiatres libéraux ou en fréquentant des cliniques privées.

6. *Scénarii*

Tout peut être imaginé dans ce cadre et son contraire !

6.1. Une régionalisation accrue, un mouvement centrifuge

En gardant une base légale nationale minimum, les régions réglementent une part de plus en plus grande du système de soins : avec des compétences accrues pour les ARH devenues ARS, dans les domaines de la santé publique, de l'offre et du financement, une latitude importante étant laissée aux élus et aux communautés territoriales. Ceci suppose un éclatement de la Sécurité Sociale ou du moins un fort affaiblissement ou une grande autonomie pour les caisses régionales ce qui entraînerait de profondes modifications.

Une telle décentralisation peut favoriser, dans certaines régions, la création d'un système libéral d'assurance privée, d'autres régions au contraire s'alignant sur l'Alsace où le régime obligatoire prend en charge une part plus importante des dépenses médicales que le Régime général. Au niveau des patients les particularités locales se développent, plus ou moins de soins à domicile, recours plus ou moins fréquent à l'hospitalisation, consommation pharmaceutique plus ou moins forte. Les régions frontalières sont influencées par les pays voisins.

Ce scénario peut tenter certains libéraux et recevoir le soutien des assurances privées.

6.2. Un système national organisé sur une base territoriale

Plus ou moins proche du système britannique, l'offre de soins devient un service public fonctionnant sur le modèle du secteur psychiatrique. En Angleterre, un tel système conduit à une moindre disparité sociale et régionale, mais à des pratiques d'échappement des patients. Il peut tenter certains gestionnaires. Au niveau local et selon les équipes soignantes, un marché parallèle ou libéral ne peut alors que se perpétuer et se développer.

6.3. Un système intermédiaire

Entre ces deux extrêmes, on met en place un service public national pour une médecine de premier recours, et un secteur technique et cher à financement plus libéral pour la médecine spécialisée, éventuellement régionalisé. L'extension progressive des soins non pris en charge par la couverture maladie obligatoire est déjà apparue au cours des années passées dans plusieurs directions :

- autorisation faite aux médecins du secteur 2 de dépasser les tarifs ; cette autorisation ouverte au départ (1981) à l'ensemble des médecins, est maintenant restreinte aux seuls anciens chefs de clinique. On reconnaît ainsi une plus grande compétence à ces praticiens en leur accordant une possibilité de rémunération en conséquence, et en rendant leur accès plus difficile aux clientèles les moins favorisées,
- certains actes techniques d'apparition de moins en moins récente ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale (retard à la mise à jour de la nomenclature ou volonté d'économie) ; le retard est déjà tel que certaines assurances privées les prennent en charge au premier franc,
- les taux de prise en charge par la Sécurité sociale des prothèses dentaires⁷ (environ 10 % actuellement) ne cessent de baisser ; là aussi les pouvoirs publics semblent inactifs alors que les couvertures complémentaires sont très actives,

⁷ *Les comptes nationaux de la santé ne distinguent pas les soins courants des prothèses dentaires ; si on admet que les revenus dentaires proviennent pour moitié de chacune de ces deux activités et que les soins courants sont remboursés en moyenne à 60 %, le taux de remboursement des prothèses sera passé de 24 % à 10 % entre 1990 et 1999,*

- enfin au cours des dernières années, quelques laboratoires pharmaceutiques semblent tester une nouvelle stratégie consistant à demander une AMM mais pas de remboursement de Sécurité sociale (ce qui leur permet de déterminer librement leurs prix).

Les évolutions ne sont évidemment pas linéaires car des pressions contradictoires sont à l'œuvre ; il semble cependant que l'augmentation inéluctable des dépenses médicales, et la volonté généralement affichée de diminuer (ou tout au moins de stabiliser) les prélèvements obligatoires ne peut conduire qu'à des solutions de ce type.

L'attachement des français à la Sécurité sociale et à l'égalité d'accès aux soins rendent difficile, ou au moins impopulaire, toute réduction nationale du périmètre des soins soumis à remboursement, et certains lobbies peuvent pousser à la régionalisation de manière à réduire la difficulté en la fractionnant et faire avancer leurs objectifs d'abord dans les régions les plus riches.

6.4. Un rapprochement des systèmes de santé à l'échelle de l'Europe peut augmenter les différences entre régions

L'inéluctable convergence des économies entraîne à plus ou moins long terme une convergence des systèmes de santé, protection sociale, organisation de l'offre, politique de santé publique : il paraît peu probable que le système français ne soit pas modifié à moins qu'il ne serve de modèle.

La commission européenne, si elle reste d'inspiration libérale peut favoriser le développement de groupes européens dans le domaine de la santé, non seulement pour les assurances mais aussi pour la production de soins. Si l'implantation des laboratoires pharmaceutiques n'a pas d'impact direct sur la consommation pharmaceutique au niveau des patients d'un territoire, il n'en n'est pas de même si se développent des chaînes de cliniques ou de centres de soins externes à but lucratif, implantés près de populations nombreuses et solvables. Et les déserts possibles sont les quartiers périphériques défavorisés, les petites villes isolées et les zones rurales. Le développement des transports peut remédier en partie à cette absence de planification mais tous les patients ne se déplacent pas, en particulier les plus malades, les plus handicapés, les plus défavorisés. Les pouvoirs publics pourront-ils rééquilibrer l'offre locale de soins ?

6.5. Tout baigne, un réseau de services coordonnés à l'échelle de bassins de santé et les nouvelles technologies permettent en tout point du territoire de bénéficier de soins gradués de qualité

La part des dépenses médicales dans le PIB augmente, de même que celle de l'éducation. Une gestion rigoureuse permet d'atteindre cet objectif sans répercussion dramatique sur l'économie, à la croissance de laquelle d'ailleurs participe le secteur santé. On pourrait épiloguer sur ce rêve paradisiaque !

Sources et bibliographie succincte

[1] **MAGDELAINE M., REMPP J.M., RÖSCH G.**, Une enquête par sondage sur la consommation médicale. "*Consommation.*", 1962, n° 1, pp. 1-82.

[2] **SABOURDIN M.**, *Evolution des disparités des dépenses médicales 1970-1980-1991 : enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1970, 1980, 1991-92.* C.R.E.D.E.S. N° 1168, 1997/04, 146 pages.

- [3] **FAURE H., LUCAS V., TONNELIER F.**, *Offre de soins médicaux : évolution départementale 1968-1990*. C.R.E.D.E.S. N° 992, 1993, 59 pages.
- [4] **LUCAS V., TONNELIER F.**, *Distance d'accès aux soins en 1990*. C.R.E.D.E.S. N° 1098, 1995/12, 72 pages.
- [5] **COM-RUELLE L., DUMESNIL S.**, *Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux*, C.R.E.D.E.S. N° 1269, 1999/06, 172 pages.
- [6] **GUIGOU J.L.**, *Aménager la France de 2020*, DATAR, La documentation française
- [7] **LUCAS-GABRIELLI., TONNELIER F., VIGNERON E.**, *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France*, C.R.E.D.E.S. N° 1220, 1998, pp 95.
- [8] **BUSSON O., LUCAS-GABRIELLI V., ROCHEREAU T., SERMET C., TONNELIER F.**, *Environnement local, santé, soins et protection sociale*. C.R.E.D.E.S. N° 1345, 2001/5, 309 pages
- [9] **TONNELIER F., VIGNERON E.**, *Géographie de la santé en France*, Que sais-je, PUF, 1999.
- [10] **ALIGON A., COM-RUELLE L., DOURGNON P., DUMESNIL S., GRIGNON M., RETAILLEAU A.**, *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*. C.R.E.D.E.S. N° 1345, 2001/5, 309 pages
- [11] **BALSAN D.**, *Les disparités interrégionales de dépenses de santé*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Etudes et résultats N°95, décembre 2000
- [12] **BERTON E., de ROQUEFEUIL L., PIERRE-LOUIS J.**, *Analyse de la mobilité géographique de la clientèle des médecins libéraux*, CNAMTS Direction des statistiques et des études, Dossier Etudes et Statistiques, N° 40 juillet 1998.
- [13] **MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *Longévité différentielle et consommation médicale*, CES La lettre du collègue, juin 2001
- [14] **MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *La prévention médicale individualisée*, XXII^{èmes} journées des économistes de la santé, 5-6 novembre 1998, Edition des actes, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille 2, février 1999
- [15] **MORMICHE P., URBANIAK F.**, *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, INSEE Résultats N° 342-343-344, novembre 1994
- [16] **GRANDFILS N., LE FUR Ph., MIZRAHI An., MIZRAHI Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1995*. C.R.E.D.E.S., 1996/11, 168 pages
- [17] **AGUZZOLI F., FREROT L., SERMET C.**, *La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale française*. Actes du 2^{ème} colloque des économistes français de la santé., février 2001, pages 55-69.
- [18] **RAFFY N., COM-RUELLE L.**, *Les patients hospitalisés à domicile en 1992*. C.R.E.D.E.S. N° 1007, 1994, 233 pages.
- [19] **AGUZZOLI F., ALIGON A. COM-RUELLE L., FREROT L.**, *Choisir d'avoir un médecin référent*. C.R.E.D.E.S. N° 1281, 1999/10, 204 pages
- [20] **GUILMIN A., PARAYRE C. BOISGUERIN B.**, *Bilan de la sectorisation psychiatrique*. DREES, Collections statistiques, N° 2, 2000/6, 65 pages

[21] Par ailleurs, nous avons fait des exploitations spécifiques sur les données de

- l'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES, ESPS 1998,
- l'appariement échantillon permanent d'assurés sociaux EPAS des départements statistiques de la Sécurité sociale et ESPS, 1995, 1997

7. Annexe : La consommation médicale viage par région

Pour analyser les différences sociales de recours aux soins nous avons développé un nouveau concept, la consommation médicale viage (cf. article joint). Il nous semble que ce concept serait aussi bien adapté à la comparaison entre régions ou départements, voire toute entité territoriale pour laquelle les données de consommation médicale par âge et de mortalité par âge existent ou peuvent être estimées. A titre d'illustration nous présentons une première application aux régions.

Les inégalités de mortalité entre régions, globalement et par cause sont connues depuis longtemps et bien documentées. Dans cette première application nous nous proposons d'apprécier l'impact mécanique que peut avoir cette longévité différentielle sur la consommation médicale dans les 22 régions.

Tableau 1 : Mortalité et âge moyen suivant la région

	Taux standardisé de mortalité	Age moyen
Champagne Ardenne	106	37,83
Picardie	115,5	34,34
Haute Normandie	109,7	33,92
Centre	96,5	37,54
Basse Normandie	104,4	35,68
Bourgogne	101,1	36,29
Nord Pas-de-Calais	120,9	33,14
Lorraine	110,6	37,19
Alsace	110	35,20
Franche-Comté	100,2	34,91
Pays de Loire	97,6	35,21
Bretagne	111,1	35,22
Poitou Charente	94,5	38,55
Aquitaine	98,7	39,88
Midi Pyrénées	94,2	37,49
Limousin	96,2	41,86
Rhône Alpes	96,1	34,83
Auvergne	104,9	38,20
Languedoc Roussillon	97,8	38,18
Provence Alpes Côte d'azur	95,5	38,58
Corse	104,8	39,63
France métropolitaine	100,0	36,34

Sources : - base de données de la FNORS - appariement ESPS-EPAS 1995-1997

Nous introduisons la notion de « consommation médicale viage » par référence à l'« espérance de vie » du moment. Dans les deux cas, on affecte la mortalité de la première année à un ensemble virtuel de naissances ; aux survivants théoriques on affecte la mortalité de la deuxième année, et ainsi de suite jusqu'à extinction complète de la cohorte. L'espérance de vie de cette cohorte virtuelle est une représentation de la mortalité de toutes les classes d'âge, elle ne représente la durée de vie probable d'aucune classe d'âge. De la même façon nous

affectons à chacune des personnes de cette cohorte fictive la consommation médicale moyenne des personnes de son âge, la somme de toutes ces consommations est la « consommation médicale viage » de cette cohorte. En divisant le résultat obtenu par l'effectif initial de la cohorte, on obtient la « consommation médicale viage » par personne.

La « consommation médicale viage » des régions dépend donc à la fois de leur consommation aux différents âges et de leur taux de survie.

a. La mortalité

Les taux standardisés de mortalité, c'est à dire après élimination des effets mécaniques dus aux structures par âge et sexe, varient de 1 en Ile de France à 1,35 dans le Nord Pas de Calais et 1,29 en Picardie [base de données de la FNORS]. L'écart d'espérance de vie à 1 an selon les régions atteint presque 5 ans, entre Nord Pas de Calais et Midi Pyrénées.

De telles disparités entraînent des écarts dans la durée des périodes de consommation médicale, et en particulier aux âges élevés pendant lesquels les consommations médicales sont les plus importantes.

b. Les données de consommation médicale

Les données sont issues de l'appariement entre les fichiers de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) du département statistique de la CNAMTS pour 1995 et 1997 et ceux de l'enquête auprès des ménages sur la santé et la protection sociale (ESPS) du CREDES⁸. Les consommations sont évaluées à partir des remboursements de Sécurité sociale en y ajoutant les tickets modérateurs et les dépassements connus. Ces consommations sont en partie sous estimées : il manque les paiements forfaitaires aux établissements et non affectés, ou insuffisamment, à des personnes précisées, les soins non remboursés, les dépassements non connus etc. ; la sous estimation est moins forte pour les soins de ville que pour l'hospitalisation.

Au niveau régional ces estimations sont en outre affectées du biais du aux différences de participation aux enquêtes qui varie d'une région à l'autre⁹. Par contre ce sont les seules à intégrer simultanément des données de remboursements et de dépenses, les facteurs socio-économiques et la morbidité.

Les consommations médicales sont présentées en indice brut et en indice redressé par âge et sexe, nous distinguons uniquement dans cette application les soins de ville et l'hospitalisation complète.

Après élimination des effets dus aux différences de pyramides des âges, c'est en en Lorraine, PACA, Champagne Ardennes, Alsace, que les consommations médicales par personne sont les plus élevées, en Pays de Loire, Bretagne, Limousin, les plus faibles.

L'amplitude de variation des indices redressés selon les régions est plus forte pour l'hospitalisation que pour les soins de ville. L'hospitalisation est entachée de variations aléatoires importantes par rapport à celles des soins de ville et malgré la taille de l'échantillon, 24000 personnes dont les demandes de remboursements sont observées pendant un an, les résultats sur ce point sont fragiles.

c. La consommation médicale viage

Pour calculer la consommation médicale viage, nous affectons aux survivants des différents âges leur consommation médicale, année par année. Pour pallier aux aléas et lisser les variations selon l'âge tant de la mortalité que la consommation médicale nous avons utilisé deux modèles simples (et même simplistes).

⁸ *Données : appariement ESPS-EPAS, années 1995 et 1997 - fichiers CREDES. Pour l'année 1997 les estimations sont basées sur l'échantillon apparié EPAS-ESPS et pour l'année 1995 sur l'EPAS apparié avec ESPS durant les 4 années 1992 à 1995.*

⁹ *L'ordre des régions par dépense reconnue moyenne par personne établies à partir de l'ensemble des remboursements du Régime général et de la MSA est un peu différent de celui obtenu à partir des données appariées ESPS-EPAS1995-97. Les régions où les estimations issues de l'appariement sont supérieures sont l'Ile de France, et le Nord Est, Alsace, Lorraine et Franche Comté, pour l'Ile de France c'est en partie un problème de champ dans l'appariement nous intégrons les dépassements qui sont les plus élevés dans cette région. Les régions où les estimations issues de l'appariement sont inférieures sont au contraire à l'Ouest, Bretagne, Poitou Charente, Languedoc Roussillon et Midi Pyrénées. C'est un champ pour une belle étude méthodologique.*

Tableau 2 : Consommation médicale selon les régions 1995-1997
en francs par personne et par an et en indice redressé par âge et sexe

	Effectifs	Consommation totale		Consommation médicale viage	
		Frs. Pers/an	Indice redressé*	Francs	Indice
Ile de France	4021	8559	1,03	203451	0,95
Champagne Ardenne	581	10464	1,25	341042	1,60
Picardie	946	8570	1,09	215389	1,01
Haute Normandie	881	8801	1,12	227270	1,07
Centre	912	6962	0,81	160165	0,75
Basse Normandie	637	7778	0,96	174912	0,82
Bourgogne	679	7653	0,93	162050	0,76
Nord Pas-de-Calais	1908	7899	1,05	216068	1,01
Lorraine	1062	10064	1,20	316144	1,48
Alsace	717	10189	1,28	401866	1,88
Franche-Comté	518	8149	1,01	249906	1,17
Pays de Loire	1383	6015	0,75	153968	0,72
Bretagne	1270	6058	0,74	152040	0,71
Poitou Charente	618	7067	0,81	198482	0,93
Aquitaine	1050	8774	0,98	208304	0,98
Midi Pyrénées	1012	8953	1,03	165156	0,77
Limousin	269	7003	0,73	87264	0,41
Rhône Alpes	2380	7692	0,97	253856	1,19
Auvergne	608	7653	0,88	138087	0,65
Languedoc Roussillon	816	8233	0,94	182349	0,85
P.A.C.A.	1519	10701	1,23	233157	1,09
Corse	19	17525	1,92	203451	0,95
France métropolitaine	23821	8269	1	213964	1

Source : - appariement ESPS-EPAS 1995-1997

* les indices sont redressés selon l'âge et le sexe par la méthode de standardisation indirecte

Nous avons supposé que les quotients de mortalité croissent de manière exponentielle en fonction de l'âge¹⁰, sous la condition d'une probabilité de décès entre 35 et 65 ans de 0,22 et d'une espérance de vie à 35 ans le plus proche possible de 40 ans.

Nous estimons les mortalités par âge dans les différentes régions à partir de la mortalité générale et des taux standardisés de mortalité.

Pour l'ajustement de la consommation médicale en fonction de l'âge, pour affecter une valeur centrale à la consommation médicale de chaque année d'âge, nous avons retenu un polynôme de degré 3¹¹.

C'est en Provence Alpes Côte d'azur, en Alsace et en Champagne Ardenne, que la consommation médicale viage est la plus élevée, en Pays de Loire, Limousin, Bretagne qu'elle est la plus faible.

Si la consommation médicale par âge était la même pour les différentes régions, ce qui est une hypothèse acceptable puisque les écarts de consommation ne sont pas statistiquement significatifs, l'ordre des

¹⁰ $\text{taux de mortalité} = \text{Exp}(a * \text{âge} + b)$

¹¹ $\text{CMT} = a + b * \text{âge} + c * \text{âge}^2 + d * \text{âge}^3$

consommations viages serait le même que celui des espérances de vie. L'effet des seules différences de mortalité entraînerait une consommation médicale viage supérieure de 11 % pour les habitants d'Ile de France par rapport à ceux Nord Pas de Calais.

* * *

Au total, l'indice de consommation viage, (consommation viage d'une région sur la consommation viage) modifie l'ordre des régions tel que déduit de l'indice redressé par âge et sexe. Du fait de leur plus grande longévité, l'indice de consommation viage des habitants d'Ile de France (1,07) est supérieur à leur indice de consommation redressé par âge (1,03). En sens inverse, pour les habitants du Nord Pas de Calais, l'indice de consommation viage est inférieur à l'indice redressé par âge respectivement 0,99 et 1,05.