

## CONSOMMATION MÉDICALE DES PERSONNES ÂGÉES

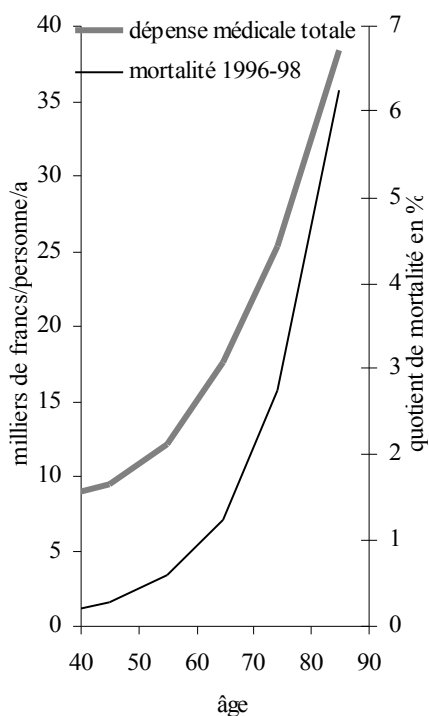
Andrée MIZRAHI<sup>1</sup> et Arié MIZRAHI<sup>1</sup>

Avec l'avancée en âge, le nombre de maladies augmente entraînant, dans nos sociétés, une augmentation des soins médicaux. Dans une première partie, nous mettons en évidence les différents profils de soins des groupes de personnes âgées, dans une deuxième partie, nous analysons l'évolution des soins médicaux depuis une trentaine d'années.

### 1. LES SOINS MÉDICAUX

#### *Les consommations médicales*

La liaison entre les recours aux soins et l'âge traduit la détérioration de l'état de santé : 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 et un minimum pour les enfants.



**Graphique 1 : Quotient de mortalité et dépense médicale totale selon l'âge, France 1998**

A partir de 40 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. Au delà de 80 ans les personnes ont une dépense médicale environ triple de la dépense moyenne.

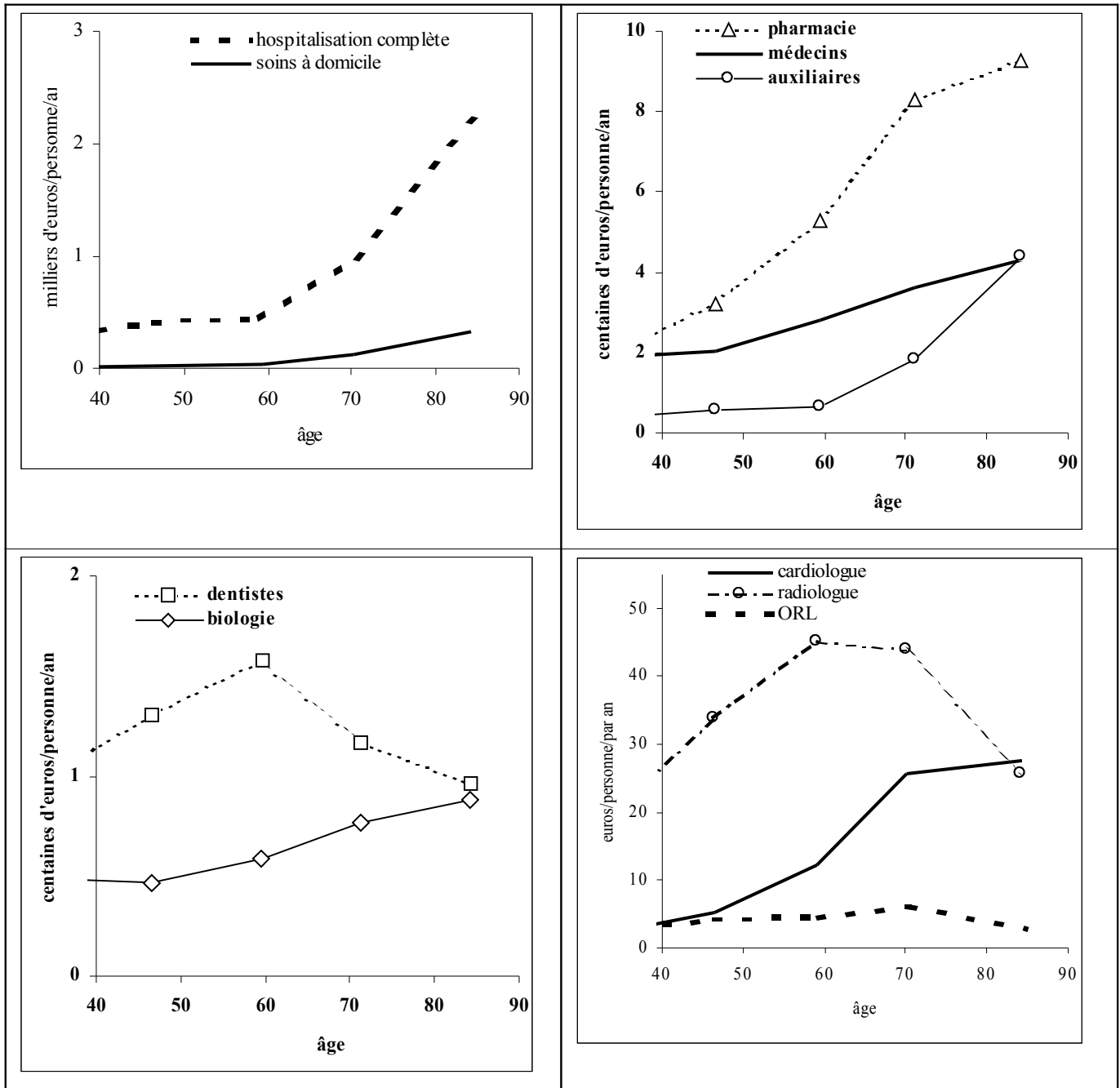
source : [7]

Les différences 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 entre les classes d'âge<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

<sup>2</sup> la dépense médicale des 10 % de personnes les plus âgées (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 la dépense moyenne

**Graphique 2 : Profils selon l'âge de différentes consommations médicales**



Soins à domicile = soins d'omnipraticien, d'infirmier, de kinésithérapeute à domicile

source : [7]

Les consommations médicales présentent en fonction de l'âge des profils différents, l'hospitalisation, les soins au domicile du patient (généralistes et auxiliaires), pharmacie, les soins d'auxiliaires, la pharmacie, la biologie et les appareils augmentent avec l'âge et très rapidement à partir de 60 ans. Les consultations de généralistes et de spécialistes augmentent continûment avec l'âge puis stagnent ou décroissent à partir de 80 ans. Les soins dentaires décroissent après 60 ans. Une ventilation plus fine peut faire apparaître des variations contrastées ; ainsi, les soins de cardiologue augmentent continûment avec l'âge, alors que ceux de radiologie diminuent, et de plus en plus vite, à partir de 60 ans ; les dépenses d'ORL ne décroissent que pour la dernière classe d'âge (cf. graphique 2).

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 celle de médecin. De même, les

dépenses de cardiologie représentent le sixième de celles de radiologie à 40 ans et les dépassent au delà de 80 ans.

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 : nature précise du service ou du bien, producteur, motif, contenu, lieu, paiement,... [33]

**L'enquête sur la santé et la protection sociale** (ESPS). 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, salariés, agricoles et indépendants, soit 95 % des ménages ordinaires. Le recueil d'information combine des entretiens téléphoniques et des questionnaires auto-administrés ; une modalité en face à face a été prévue pour les personnes non jointes par téléphone.

Les informations portent sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des membres du ménage, leur mode protection maladie, les hospitalisations antérieures (6 mois), les maladies et problèmes de santé et les consommations médicales d'un mois, 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 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].

Pour rendre les données comparables à 30 ans d'intervalle et issues d'observations obtenues par des méthodes différentes, nous avons conservé les variations selon l'âge des différentes consommations médicales, et nous les avons ramenées aux estimations moyennes des Comptes nationaux de la santé, corrigées de l'indice général des prix : les données de 1970, 1980, 1991 et 2000 sont exprimés en « Euro 2000 ».

## 2. COMMENT SE SOIGNENT LES DIFFÉRENTS GROUPES DÉMOGRAPHIQUES DE PERSONNES ÂGÉES

Face à la maladie et sans négliger l'équation personnelle de chacun, son vécu et ses expériences, les comportements sont liés à des caractéristiques plus collectives ; milieu social, profession, type de famille, revenu, mode de protection, niveau d'instruction.

Les personnes âgées appartenant à des groupes défavorisés (bas revenu, ancien ouvrier ou employé, faible niveau d'instruction) sont plus souvent soignées à l'hôpital, ou à leur domicile par des généralistes et des infirmières ; en revanche, les groupes les plus favorisés (haut revenu, ancien cadre, études supérieures) ont plus souvent recours aux médecins spécialistes libéraux, aux dentistes, à la pharmacie non prescrite et à l'optique. La biologie et la pharmacie prescrite, sont également diffusées dans la population.

L'effet de ces facteurs sociaux sur la consommation médicale reste faible comparé à celui de la morbidité et de l'âge. L'effet des variables sociales est sensiblement le même dans les différentes classes d'âge et les personnes âgées se comportent comme le reste du groupe. La dépense médicale globale varie peu selon les groupes sociaux et c'est la nature des soins et la structure de la consommation qui sont différentes.

Au total, c'est l'appartenance à un groupe démographique qui différencie le plus le recours aux soins.

### ***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. A cet âge, les personnes ne travaillant pas ont une dépense médicale nettement supérieure à celle des personnes qui travaillent.

Les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes et leurs dépenses d'hospitalisation sont inférieures d'environ 40 % à celles des hommes. 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 médecin (cardiologue, ORL,...). 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.

A cet âge, les dépenses de soins dentaires culminent pour les deux sexes, la dépense des femmes étant largement supérieure à celle des hommes. Le poids des prothèses dans les dépenses dentaires est double de celui des soins conservateurs.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à être pris en charge en hôpital psychiatrique.

### ***L'après retraite, les « jeunes vieux », 65 à 79 ans***

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

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 commence à diminuer. Dans les services hospitaliers de court séjour, la part des hospitalisation de moins de 24 heures passe en dessous de 20 % et la durée de séjour s'allonge pour atteindre 8 jours.

### ***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 ; 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 les recours aux 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).

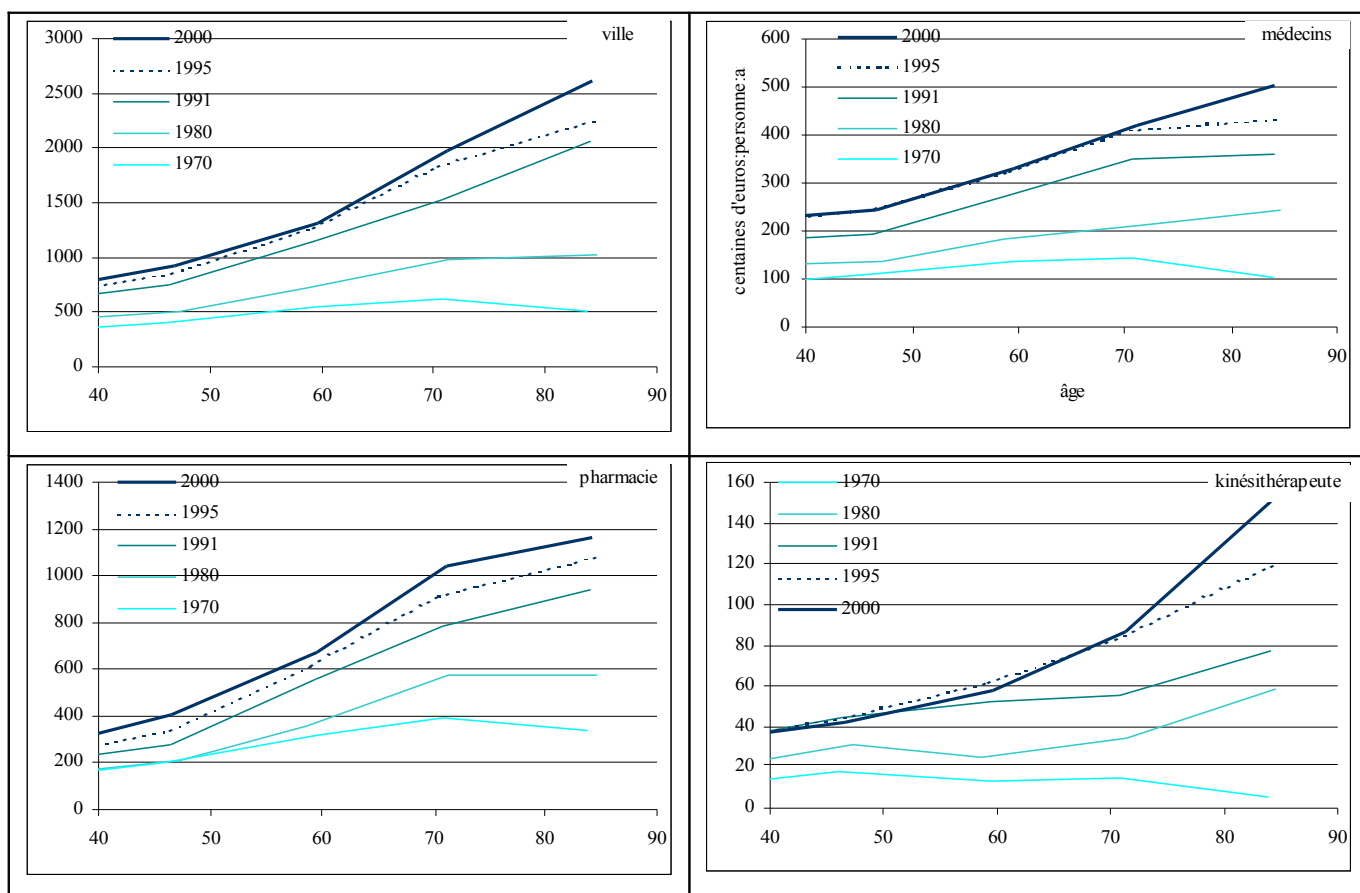
Pour un nonagénaire, se soigner, c'est être souvent hospitalisé, et lorsqu'il est soigné en ville, c'est de plus en plus des soins d'auxiliaire et de pharmacie.

### Evolution des profils de consommations médicales par âge

Ces profils ne sont pas immuables, ils ont varié au cours des dernières décennies en relation avec l'expansion ou la régression de maladies et avec la diffusion de nouveaux traitements.

D'une manière générale, toutes les classes d'âge ont bénéficié de l'augmentation des soins médicaux, mais dans cette évolution, 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. En monnaie constante, la consommation des différentes catégories de soins a augmenté pour toutes les classes d'âge de manière assez régulière au cours de ces trente dernières années. Cependant le profil des courbes de consommation selon l'âge s'est modifié : en 1970, la consommation de soins de ville arrêtaient de croître à partir de 70 ans et diminuait pour les plus vieux ; la courbe se redressait en 1980 pour être constamment croissante, cette croissance étant de plus en plus forte en 1991 et 2000. On observe le même type d'évolution pour les soins de médecin, la pharmacie, la biologie, les soins d'auxiliaires (Cf. graphique 3).

**Graphique 3 : Variation de différentes catégories de soins selon l'âge et l'année d'observation**



Cette évolution entraîne que, si la dépense médicale totale a été multipliée par 2,9, ce coefficient multiplicateur moyen (tous âges confondus) est différent pour les différentes classes d'âge : de 2,6 entre 40 et 64 ans, il atteint 4,4 entre 65 et 79 ans et 6,8 au delà de 80 ans 5 (Cf. tableau 1).

**Tableau 1 : Coefficients multiplicateurs, 1970-2000**

	Tous âges	40 à 64 ans	65 à 79 ans	80 ans et plus
DMT	2,9	2,6	4,4	6,8
Hospitalisation	3,2	3,1	7,8	9,8
Ville	2,6	2,4	3,2	5,4
Généraliste	2,3	1,9	2,3	3,8
Spécialiste	2,9	2,7	4,3	8,3
Ensemble médecins	2,6	2,3	3,0	4,8
Dentiste	2,3	4,5	5,1	19,6
Infirmier	5,2	2,3	7,3	23,7
Kinésithérapeute	3,7	3,3	5,8	26,2
Biologie	3,3	2,8	3,5	10,0
Pharmacie	2,3	2,0	2,7	3,5

source : [7]

Ce sont les soins infirmiers et la kinésithérapie qui ont le plus augmenté pour les personnes âgées, avec en 30 ans, des coefficients multiplicateurs de 23 et 26 au delà de 80 ans, puis viennent la dentisterie (coefficient multiplicateurs de 19), essentiellement des prothèses dentaires et la biologie (coefficient de 10) ; parmi les soins de médecin, les soins de spécialiste (coefficient de 8,3) ont plus augmenté pour les personnes âgées que ceux de généraliste (coefficient de 3,8).

### ***Evolution des structures de consommations médicales***

Avec des évolutions si éloignées, la part des soins ayant le plus augmenté prend une importance grandissante, la nature des soins reçus a considérablement évolué. C'est ainsi que la part des spécialistes dans les soins de médecin passe de 52 % à 57 % pour la classe d'âge 40-54 ans (augmentation de 5 points), et de 23 % à 40 % au delà de 80 ans (augmentation de 17 points). Pendant ce temps, la part des soins de médecin dans la dépense médicale totale diminue pour tous les âges, et davantage pour les personnes âgées, puisqu'elle passe de 17 % à 15 % avant 65 ans, de 15 % à 10 % après 80 ans. De même, la part de la pharmacie dans la dépense médicale totale diminue pour tous les âges, et davantage pour les personnes âgées, 32 % à 25 % entre 40 et 54 ans (diminution d'un quart), 47 % à 24 % après 80 ans (diminution de la moitié).

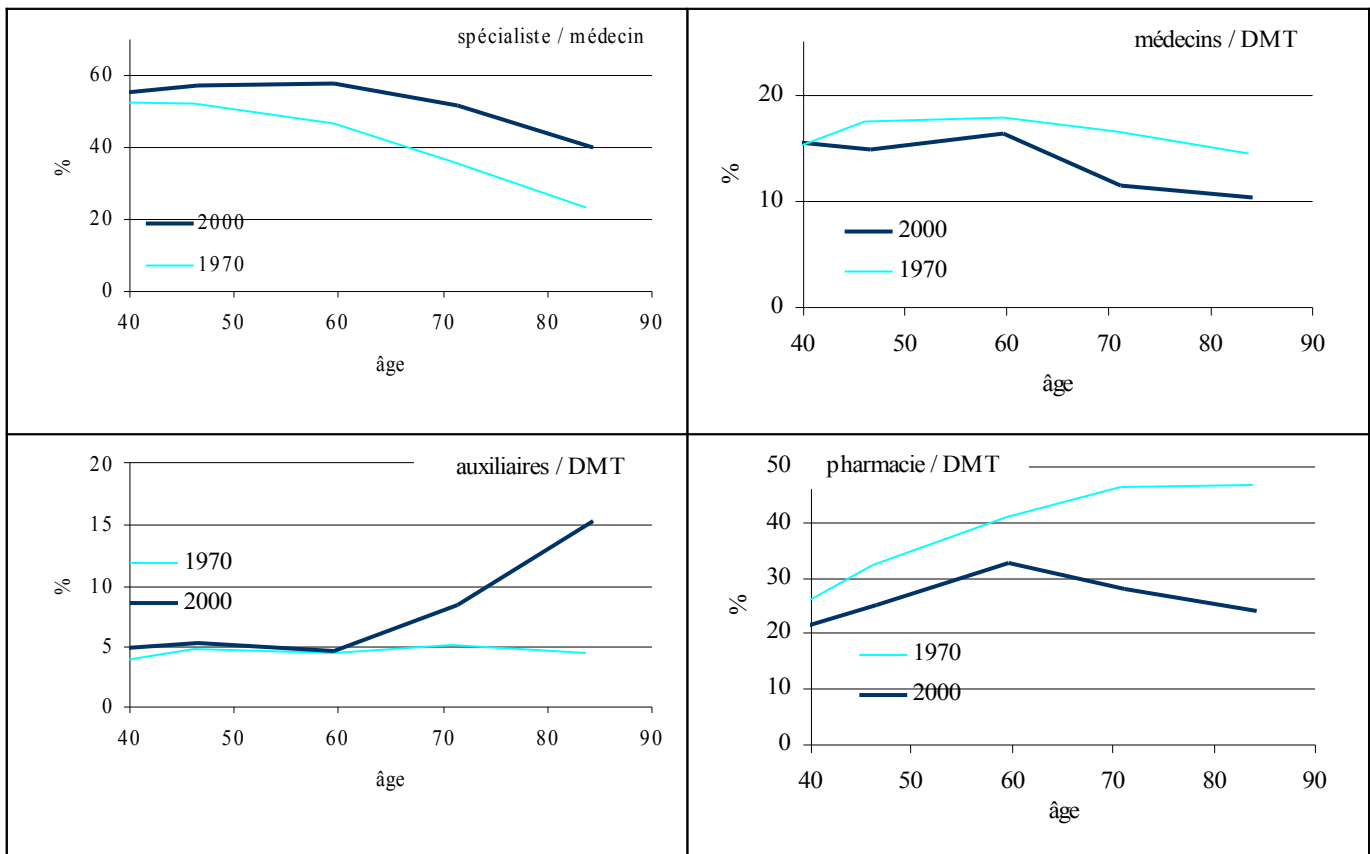
En sens contraire, la part des dépenses d'auxiliaire, stables selon l'âge en 1970, environ 5 % de la Dépense Médicale Totale, augmentent avec l'âge en 2000 après 65 ans pour dépasser 15 % pour les plus de 79 ans.

Diminution accrue, pour les personnes les plus âgées, de la part des soins de médecin, augmentation accrue de la part des soins d'auxiliaire, la relation entre soins de médecin et soins d'auxiliaire se modifie considérablement : alors que ces dernières représentaient en 1970 environ 25 % de ceux de médecin et ne variaient pratiquement pas avec l'âge, en 2000, ils augmentent après 65 ans, pour atteindre 74 % des soins de médecins, de 65 à 79 ans, et dépassent même ces derniers de près de

150 % (la dépense de soins d'auxiliaire est deux fois et demi plus importante que celle de médecin pour la classe d'âge 80 ans et plus en 2000).

L'hospitalisation enfin prend de plus en plus d'importance dans la consommation médicale, tous âges confondus, sa part dans la DMT a augmenté de 18 % (36,4 % en 1970, 43,1 % en 2000). Là encore, l'augmentation pour les personnes âgées est plus importante que pour les adultes jeunes, puisqu'elle est de 57 % au delà de 80 ans (26,8 % en 1970, 42,1 % en 2000).

**Graphique 4 : Evolution de la structure des soins selon l'âge en 30 ans**



## CONCLUSION

L'amélioration des conditions de vie, la meilleure prise en charge sociale des soins médicaux, le développement des connaissances et des techniques médicale, tout au long de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, se sont accompagnés d'une augmentation importante de la longévité. Cette longévité accrue a entraîné un allongement de la durée des maladies autrefois rapidement mortelles, et donc une augmentation du nombre de maladies par personne ; ce cumul des maladies entraîne pour les personnes âgées une augmentation de la consommation médicale supérieure à celle des adultes jeunes, avant l'installation des maladies chroniques.

La situation sanitaire et sociale des personnes âgées et très âgées s'est modifiée de manière apparemment paradoxale : pour chaque classe d'âge, augmentation du nombre de maladies par personne, et en même temps, diminution des handicaps et des invalidités vraisemblablement de fait de l'augmentation de la consommation médicale, en particulier des soins de réhabilitation, hospitalisation, soins infirmiers et de kinésithérapie. En même temps que l'augmentation de la consommation de la consommation médicale, son contenu s'est modifié pour donner plus d'importance aux soins techniques et de réhabilitation.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Auvray L., Dumesnil S., Le Fur Ph., *Santé, soins et protection sociale en 2000*, 2001/12, 194 pages, CREDES N° 1364
- [2] Com-Ruelle L., Dumesnil S., Concentration des dépenses médicales et grands consommateurs de soins médicaux, 1999/6, 170 pages, CREDES N° 1269.
- [5] 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.
- [6] Sabourdin M., Evolution des disparités des dépenses médicales, 1970-1980-1991, 1997/4, 146 pages, CREDES 1168.
- [7] Mizrahi An, Mizrahi Ar. Comment se soigne-t-on en France ? Paris, PUF, Médecine et société, avril 2003, 128 pages
- [8] The World Health Report 2000 - Health Systems : Improving Performance. Geneva : WHO, 2000.
- [9] Breuil-Genier P. « La gestion du risque de dépendance : le rôle de la famille, de l'Etat et du secteur privé ? » Economie et Statistique, n°291-292 pp.103-117, 1996.

Bases de données utilisées

- [10] EPAS 2000 (Département statistique de la CNAMTS) .
- [11] Eco-santé (CREDES - Ministère de la santé et de la solidarité) .