

# LES MUTATIONS DE LA DEMANDE DE SOINS

ANDRÉE MIZRAHI \*, ARIÉ MIZRAHI \*\*

ÉVOLUTION 1970-1994

**L**e terme de « consommation médicale » est pris ici dans le sens économique d'une acquisition de service ou de bien du secteur médical. La réponse du système de soins à la demande initiale du patient comprend généralement, en plus de la séance de médecin (consommation directe), une prescription conduisant à une nouvelle demande (consommation induite), ces deux types de demande étant inextricablement liés (la prestation du médecin est constituée, pour la plus grande part, de diagnostic et de prescription, le traitement proprement dit est plutôt le fait, hormis certains actes techniques médicaux, de la consommation médicamenteuse et des soins d'auxiliaire).

83

La demande initiale, recours au médecin à l'initiative du patient - deux tiers (64,8 %) des séances d'omnipraticien et un tiers (32,4 %) des séances de spécialiste - et pharmacie non prescrite (9 % des conditionnements achetés), ne correspond qu'à une faible part de la consommation médicale (cf. biblio [6] et [8]). Pour le reste - séances de médecin conseillées par le médecin, hospitalisations, examens complémentaires, soins d'auxiliaire, pharmacie prescrite - la demande est le résultat d'un compromis entre ce que prescrit, conseille ou suggère le médecin et ce qu'accepte, repousse à plus tard ou rejette le patient. Dans certains cas extrêmes ou particulièrement graves, la marge de choix du patient ou de sa famille est faible, voire inexistante.

La demande de soins, résultat de ces compromis, est essentiellement déterminée par des facteurs liés au consommateur final :

- facteurs physiologiques : pathologies, troubles ou symptômes, âge et sexe ;
- caractéristiques socio-économiques : niveau d'instruction, revenu, situation par rapport à l'emploi, profession, groupe social, mode de protection, etc. ;

---

\* Directeur de recherche CREDES.

\*\* Directeur de recherche CNRS/CREDES.

et à son environnement médical :

- offre de soins disponibles, nature des producteurs, accessibilité.

En coupe transversale (à un moment donné, en France), les variables biologiques, âge, sexe et morbidité, entraînent des variations de consommation médicale moyenne par personne beaucoup plus importantes que les variables socio-économiques et l'offre de soins (cf. biblio [3]).

Par contre, au cours du temps, le développement des connaissances et techniques médicales et de l'offre de soins afférente conditionne bien plus l'évolution du niveau et de la structure des dépenses médicales que les modifications de la pyramide des âges ou de la morbidité. Cependant, sur le long terme, la pyramide des âges et l'importance des différentes pathologies dépendent en partie de l'efficacité des soins disponibles : baisse de la mortalité infectieuse avec l'apparition des antibiotiques, diminution des maladies infantiles par les vaccinations, augmentation des maladies cardiovasculaires avec le vieillissement, etc.

Dans un environnement de forte croissance des consommations médicales, +4,3 % par an en francs constants depuis 1980 (cf. biblio [9]), l'évolution récente de la demande de soins est marquée par une spécialisation et une technicisation accrues, surtout pour les adultes jeunes (et plus particulièrement pour les jeunes femmes), par un développement rapide des soins d'auxiliaire médical destinés aux personnes âgées et par un moindre accroissement de la demande de soins courants pour les groupes socio-économiques les plus favorisés : certains phénomènes de saturation apparaissent, associés à des substitutions par des soins plus spécifiques.

84

### *Les facteurs biologiques*

Dans la majorité des cas c'est l'altération de l'état de santé qui entraîne le recours au système de soins et le rôle prépondérant de l'âge sur les consommations médicales est, avant tout, un effet indirect de l'ensemble des pathologies d'une personne sur ses dépenses médicales. De même, les différences de consommation médicale par sexe sont induites en partie par des structures de pathologies différentes. Mais il existe un effet propre, soit de la génération, soit du sexe, sur les recours aux soins : pour un même état de santé, une femme ne se soigne pas comme un homme ni une personne âgée comme un adolescent.

L'évolution au cours du temps de l'influence de l'âge et du sexe sur les consommations médicales résulte à la fois des développements des techniques médicales, des pathologies concernées et des modifications de comportements socioculturels.

*L'âge et le sexe*

La consommation médicale présente, en fonction de l'âge, un profil en « J » : élevée aux deux extrémités de la vie, mais à des niveaux différents, maximum local pour les enfants de moins de deux ans, suivi d'une courte décroissance, puis, à partir de l'adolescence, d'une croissance rapide de type exponentiel. La consommation relativement importante des femmes en période d'activité génitale et celle des jeunes hommes (liée aux accidents) perturbent un peu la régularité de la courbe.

Dans une optique économique et technique, les consommations sont généralement regroupées suivant la nature des producteurs : hospitalisations, soins de médecin omnipraticien, de spécialiste, de dentiste, d'auxiliaire, analyses biologiques, pharmacie...

Chaque type de consommation médicale présente, en fonction de l'âge, un profil spécifique. Ce profil est fonction des critères de définition des consommations médicales. Il peut traduire le lien entre des consommations médicales spécifiques de certaines pathologies elles-mêmes fortement liées à l'âge, ainsi la consommation de soins de cardiologue augmente fortement avec l'âge au-delà de 50 ans, alors que celle des soins dentaires, faible pour les jeunes enfants et les personnes âgées, présente un plateau pour les autres groupes démographiques.

De même, la consommation pharmaceutique augmente fortement avec l'âge, mais décroît si l'on considère uniquement la classe des « antibiotiques, anti-infectieux et antiparasitaires ». Par ailleurs, ces profils ne sont pas immuables et ont évolué de manière très sensible au cours des dernières décennies.

85

*L'hospitalisation : moins de jours passés à l'hôpital, mais les dépenses augmentent*

En moyenne en 1994, sur 10 000 personnes résidant en France, 74 personnes sont hospitalisées, chaque jour, dans un établissement public ou privé, et quel que soit le type de service. La dépense entraînée est en moyenne de 2 001 francs par personne hospitalisée et par jour, soit, répartie sur toute la population, 14,85 francs par personne et par jour (47,1 % de la consommation médicale totale).

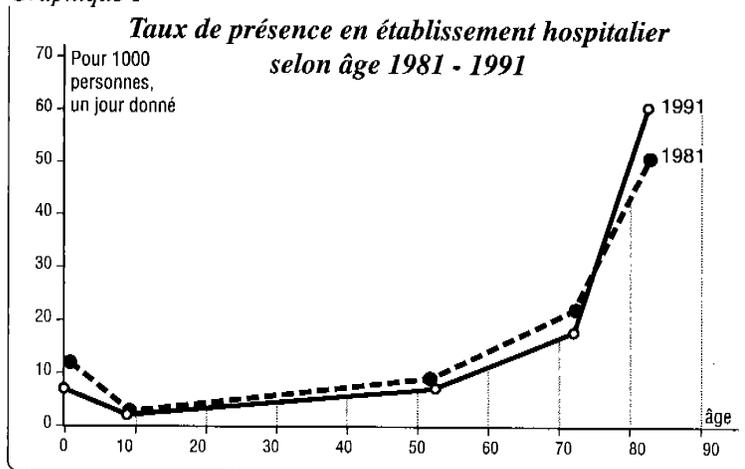
Dix ans auparavant, c'étaient 88 personnes sur 10 000 qui étaient hospitalisées un jour donné, entraînant une dépense de 9,05 francs : la décroissance de 19 %, en terme de présence à l'hôpital, s'est accompagnée d'une augmentation des dépenses de 23 % en francs constants.

L'hospitalisation, élevée pour les nourrissons, décroît ensuite rapidement puis, dès l'adolescence, augmente avec l'âge de plus en plus rapidement. Le taux de présence varie de 22 pour 10 000 enfants de 2 à 15 ans à 560 pour les personnes de 80 ans et plus (cf. biblio [4]).

Les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes sauf aux âges de la maternité et après 80 ans.

Les durées de séjour des personnes âgées hospitalisées, et par suite le nombre de journées d'hospitalisation, sont plus élevés que celles des personnes plus jeunes, non seulement parce qu'elles fréquentent plus souvent que les autres adultes des services de moyen ou long séjour<sup>1</sup>, mais aussi parce que leurs durées de séjour en court séjour sont en moyenne plus longues.

Graphique 1



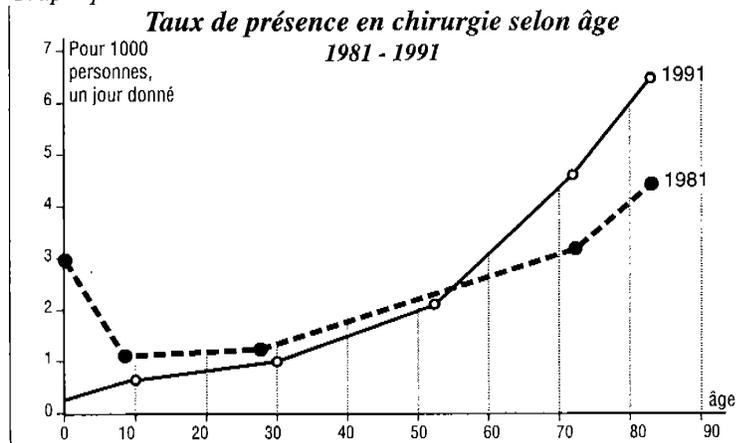
Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés, 1981-1991

D'une manière générale, on passe moins de temps à l'hôpital<sup>2</sup> qu'il y a 10 ans, sauf pour les octogénaires (cf. Graphique 1). Les évolutions sont différentes selon la nature et la spécialité des services (cf. biblio [2]). Ainsi, par exemple, dans les services de chirurgie, les enfants et les adultes jeunes sont moins hospitalisés (moins souvent et pour moins longtemps) en 1991 qu'en 1981, alors que les personnes âgées le sont plus souvent, les progrès techniques permettant à la fois une diminution des durées de séjour et des interventions à des âges de plus en plus avancés (cf. Graphique 2). En sens inverse, les taux de présence en psychiatrie ont diminué à tous les âges et d'autant plus rapidement que l'on est plus âgé

<sup>1</sup> Ces services intégrés dans les établissements hospitaliers sont financés différemment que les autres services, les 3/4 du prix restant à la charge du patient ou de ses substituts, famille, aide médicale.

<sup>2</sup> Les nombres de séjours ont augmenté, mais moins vite que n'a diminué leur durée moyenne.

Graphique 2



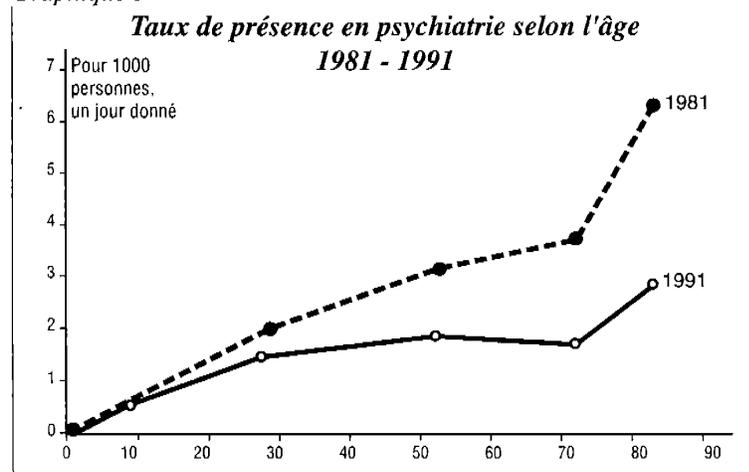
Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés, 1981-1991

(cf. Graphique 3). Le placement des personnes âgées en long séjour ou en maison de retraite médicalisée, le développement des psychotropes et des formules alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour ou de nuit, appartement thérapeutique, etc.) expliquent en partie cette évolution.

87

La diminution du nombre des journées d'hospitalisation ne traduit pas que des évolutions techniques, une forte incitation à diminuer les dépen-

Graphique 3



Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés, 1981-1991

ses d'hospitalisation a certainement conduit les établissements à réduire les durées de séjour. Cette réduction de la durée s'est accompagnée d'une densité accrue de soins et d'actes techniques, se traduisant en partie par un accroissement du prix de journée de l'ordre de 44 %<sup>3</sup>.

#### *Les consommations médicales de ville*

On regroupe sous ce terme l'ensemble des consommations médicales destinées aux patients non hospitalisés. Les dépenses afférentes s'élèvent à 5 965 francs par personne en 1994, soit 51,7 % de la consommation médicale totale. Les services dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les biologistes... ont engendré une dépense de 3 181 francs, les biens médicaux, produits pharmaceutiques et appareils de 2 368 francs et les transports de malades de 172 francs.

La plupart des soins destinés aux patients ambulatoires ou soignés à leur domicile, séances de généraliste en cabinet, de spécialiste, analyses, examens d'imagerie, passent par un minimum autour de 10 ans, augmentent, puis cessent de croître à partir d'un certain âge.

Seules les consommations médicales ne nécessitant pas le déplacement du patient, soins d'omnipraticien au domicile du patient, d'infirmier, de kinésithérapie et la pharmacie, croissent de manière continue avec l'âge.

88

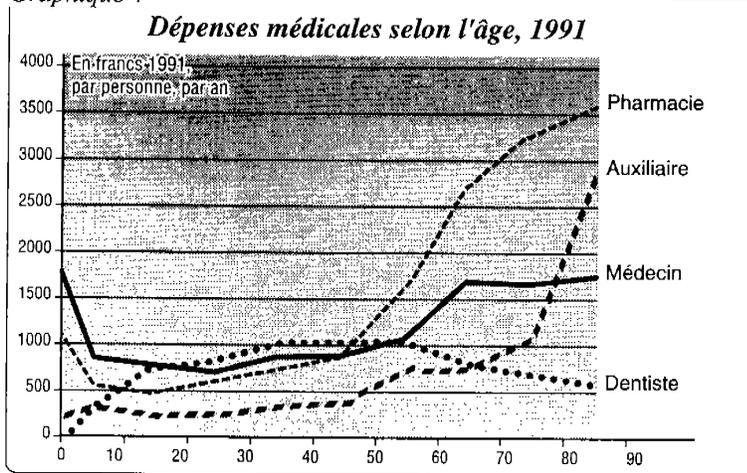
Les soins dentaires et l'imagerie présentent un profil paradoxal en fonction de l'âge, faibles voire nuls pour les nourrissons et les personnes âgées, élevés pour les autres adultes.

De l'ensemble de ces variations découlent des structures de soins spécifiques à chaque âge. Celle des nourrissons (prépondérance de l'hospitalisation, des soins de spécialiste et d'omnipraticien au domicile) est relayée pour les enfants par les soins de médecin au cabinet et les soins dentaires. Les jeunes adultes font appel à une médecine plus technique où les examens d'imagerie et de biologie tiennent une part relativement importante. A partir de 40 ans, les dépenses de pharmacie dépassent celles de médecin (cf. Graphique 4). La consommation des personnes très âgées, 80 ans et plus, est axée sur l'hospitalisation, les soins à domicile d'omnipraticien et d'auxiliaire médical et les produits pharmaceutiques : à l'hôpital comme en ville, ces soins sont moins spécialisés que pour les autres groupes démographiques (moindre recours aux services spécialisés, aux examens d'imagerie...).

La consommation des jeunes garçons, surtout avant deux ans, est supérieure à celle des petites filles pour presque tous les types de soins.

<sup>3</sup> Malheureusement, aucune statistique disponible ne permet de mesurer la production en volumes (actes) des soins hospitaliers et on ne peut distinguer, dans cette évolution du prix de journée, les parts respectives de la densité des soins et des prix unitaires.

Graphique 4



Source : CREDES, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991.

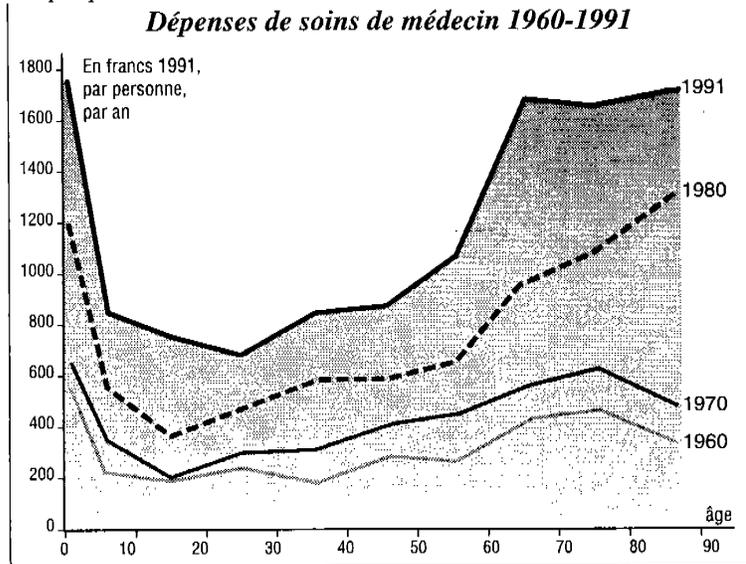
Entre 20 et 70 ans, les femmes ont une consommation de soins de ville supérieure à celle des hommes, cette différence entre sexes étant moins marquée pour les séances d'omnipraticien au domicile du patient, les soins d'infirmier et la pharmacie prescrite. Au-delà de 70 ans, la consommation de soins de ville des hommes est égale ou supérieure à celle des femmes et ce phénomène est d'apparition récente.

Ces profils sont le résultat de pathologies différentes, plus ou moins complexes, des difficultés à se déplacer, des conditions générales de vie, mais aussi de l'organisation du système de soins, de ses lacunes comme de ses améliorations.

Les groupes les plus fragiles n'ont pas toujours été les plus forts consommateurs de soins et ils ne le sont pas pour tous les types de soins : les variations des consommations médicales en fonction de l'âge n'ont rien d'immuable et leurs liens avec les « besoins de soins » sont catalysés tant par l'évolution des techniques et des connaissances médicales que par la protection sociale en matière de maladie et l'environnement économique et social.

Entre 1960 et 1980, les disparités de consommations selon l'âge ont augmenté. Les dépenses des groupes les plus vulnérables sur le plan sanitaire, nourrissons et personnes âgées, ont augmenté plus rapidement que les dépenses du reste de la population (cf. Graphique 5). Entre 1960 et 1970, les septuagénaires ont accédé aux soins médicaux techniques et ils ont continué à en bénéficier entre 1970 et 1980, alors qu'ils étaient devenus octogénaires. La dernière décennie où ils sont devenus nonagénaires n'a

Graphique 5



Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux.

90

pas été marquée par la même évolution et leur consommation de soins de spécialiste a moins augmenté que celle des adultes moins âgés. Ainsi, pour l'ensemble de la population, la part des séances de spécialiste a fortement augmenté : elle représentait 22,3 % des séances de médecin de ville en 1970, 30,1 % en 1980 et 34,7 % en 1991. Par contre, pour les personnes de 80 ans et plus, les séances de spécialiste qui représentaient 18,2 % des séances de médecin en 1980 n'en représentent plus que 17,3 % en 1991 : la spécialisation accrue du corps médical a donc moins profité aux personnes âgées qu'au reste de la population.

Cette évolution différentielle est-elle la conséquence de contraintes médicales, financières ou sociales ? Il est difficile d'isoler le poids des impératifs proprement techniques dans ces différences de recours aux soins par âge : les ruptures observées dans l'évolution des soins par âge ne permettent pas de conclure s'il s'agit d'un palier dû à l'état actuel des possibilités de soins, d'une saturation, voire d'un découragement des patients ou des familles à partir d'un certain âge (au-delà de 80 ans) ou d'une certaine quantité de soins.

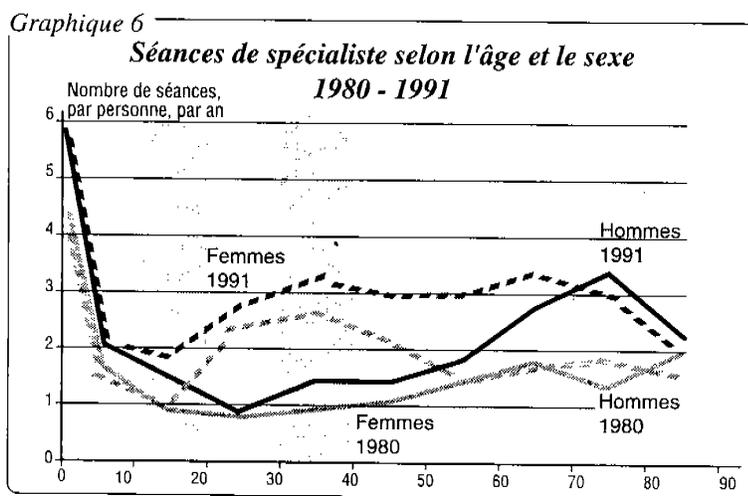
L'écart entre les consommations médicales des hommes et des femmes s'est accru.

Pour toutes les consommations médicales de ville, la dépense des femmes est supérieure à celle des hommes et la différence entre sexes s'est

accentuée entre 1980 et 1991, prolongeant la tendance observée entre 1970 et 1980. C'est pour les soins d'omnipraticien au domicile, de kinésithérapeute et de spécialiste que l'écart entre la consommation médicale des hommes et des femmes s'est le plus creusé pour atteindre respectivement, +60 %, +50% et +45 %. Pour les soins dentaires et les soins infirmiers, la différence entre sexes a peu varié.

Entre 1980 et 1991 l'augmentation des consommations médicales par âge s'est effectuée différemment pour les hommes et les femmes : pour les séances de spécialiste par exemple, le recours maximum atteint pour les femmes entre 30 et 39 ans en 1980 présente, en 1991, un plateau entre 30 et 69 ans. Ce type de croissance par l'étalement d'un maximum marqué pour un âge sur les âges proches, a eu lieu dans les périodes précédentes pour les soins dentaires qui, concentrés sur les adultes jeunes en 1960, ont bénéficié en 1970 aux enfants et aux adultes moins jeunes, puis dans les années 1980 et 90 aux personnes âgées.

Pour les hommes par contre, l'augmentation du recours aux spécialistes est due essentiellement aux personnes de plus de 60 ans (cf. Graphique 6)



*Les variables socio-économiques*

Dans l'ensemble, l'influence des variables économiques et sociales sur la consommation médicale est moins importante que celle de l'âge ou de la morbidité, mais ce n'est pas vrai pour tous les types de soins. Ainsi, la dépense en soins de spécialiste (non compris les radiologues) varie dans

les mêmes limites selon l'âge (en 10 classes) et les revenus du ménage (en 11 classes).

Actuellement, la consommation médicale, prise dans son ensemble, varie relativement peu, de un à un et demi environ, pour les soins de ville, selon les groupes sociaux. Mais, ces consommations médicales constituent un ensemble hétérogène de biens et de services dont les composants diffèrent tant par les modes de production et de distribution que par les prix et la répartition sur le territoire. Outre ces caractéristiques, liées à l'offre et au financement, leur diffusion<sup>4</sup> dans la population dépend aussi des conditions de vie, des habitudes culturelles, régionales, et des comportements en général.

Les soins médicaux sont essentiellement individuels, liés d'une manière très spécifique à l'âge et au sexe. Il est donc nécessaire, pour comparer les groupes sociaux entre eux, de tenir compte des structures démographiques des différents groupes et des consommations différentielles par âge. On utilise pour ce faire, un indice de consommation à âge égal qui est le rapport de la consommation observée pour une sous-population à la consommation qu'aurait cette sous-population si les individus de chaque tranche d'âge consommaient comme l'ensemble des individus de cet âge<sup>5</sup>.

Pour illustrer le phénomène de diffusion, citons par exemple les membres de ménages de cadre supérieur dont la dépense de soins de spécialiste est supérieure de 55 % (indice redressé = 1,55) à la moyenne de la population, alors que celle des ouvriers lui est inférieure de 24 % (indice redressé = 0,76). En règle générale, l'indice redressé des groupes moyens est proche de 1. Si les indices redressés des groupes extrêmes (favorisés ou défavorisés) sont également proches de 1, on dira que le bien, ou service, est bien (uniformément) diffusé et dans le cas contraire qu'il est mal (ou

*4 On considérera qu'un bien est diffusé également dans la population si la consommation de ce bien est sensiblement la même dans toutes les couches sociales. Par contre, plus le niveau de ces consommations sera différent, plus ce bien sera dit inégalement diffusé. A titre d'exemple, les dépenses de télévision sont du premier type, les dépenses de théâtre du second.*

*5 La philosophie de l'indice de consommation à âge et sexe égal (standardisation) repose sur l'idée que la morbidité (représentant les besoins de soins) varie de manière importante avec l'âge et le sexe. Comme, par ailleurs, les structures d'âge des groupes dont on cherche à évaluer les consommations respectives sont parfois fortement différentes, il est nécessaire de corriger ces effets « de structure » pour effectuer des comparaisons « à besoin (structure démographique) égal ». L'indice de consommation à âge et sexe égal d'un groupe exprime une distance moyenne entre le profil de la consommation selon l'âge et le sexe de ce groupe et celui de la population de référence.*

*6 Analyse faite systématiquement pour les types de soins et critères (catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage, mode de protection, revenus du ménage, nombre de personnes du ménage, niveau d'instruction de la personne de référence et catégorie commune) dont les classes définissent 54 sous-populations (chaque personne étant prise en compte 6 fois - 1 fois pour chaque critère étudié). Les analyses biologiques, les examens d'imagerie et les soins infirmiers n'ont pu être inclus dans cette analyse.*

inégalement) diffusé. Une analyse systématique<sup>7</sup> des indices permet de hiérarchiser les consommations médicales selon leur degré de diffusion dans la population. La plage 0,8 - 1,2 pour les indices de consommation redressés par âge et sexe servant de référence. Sont compris dans cette plage :

- pharmacie ensemble 98 %,
- pharmacie prescrite 98 %,
- soins d'omnipraticien ensemble 92 %,
- soins d'omnipraticien au cabinet 92 %,
- soins d'omnipraticien à domicile 79 %,
- soins de médecin ensemble 75 %,
- soins de kinésithérapeute 66 %,
- pharmacie non prescrite 55 %,
- soins de dentiste 49 %,
- soins de spécialiste 47 %.

### *Des recours aux soins différents*

#### *Substitution entre spécialistes et omnipraticiens*

Parmi les soins de médecin, ceux d'omnipraticien sont les plus largement répandus dans la population. Cette grande diffusion tient à la répartition des omnipraticiens sur le territoire, au fait qu'ils se déplacent au domicile du patient, qu'ils peuvent diagnostiquer et traiter plusieurs maladies au cours d'une même séance, enfin, le prix moyen de la séance est d'environ 40 % inférieur à celui des séances de spécialiste<sup>7</sup>.

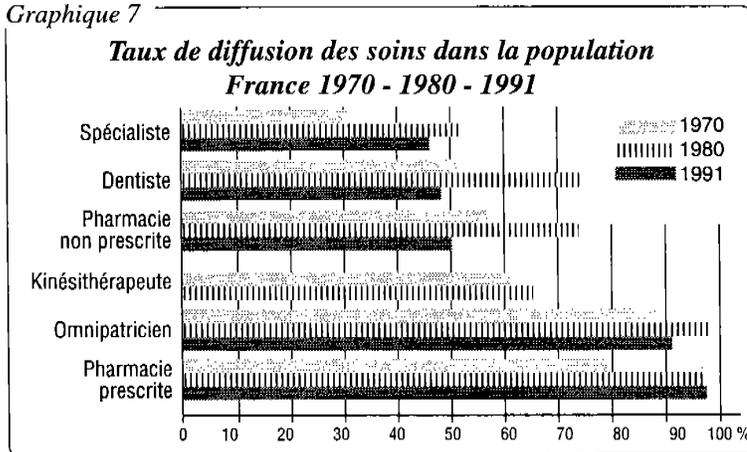
Bien qu'ils aient la plus forte consommation de séances d'omnipraticien au domicile du patient, les groupes les plus défavorisés (sans protection complémentaire et familles nombreuses) ont une faible consommation de soins d'omnipraticien car le déplacement du médecin ne compense qu'en partie leur faible consommation de séances à son cabinet.

Entre 1980 et 1991, la diffusion des séances d'omnipraticien s'est restreinte par une baisse relative du recours des couches les plus défavorisées à ce type de soins (cf. Graphique 7).

A partir d'un certain niveau de consommation, la demande en soins d'omnipraticien est saturée et, à ces soins se substituent ceux de spécialiste, substitution visible pour les groupes sociaux économiquement et culturellement favorisés (cadres supérieurs, professions libérales, ménages dont la personne de référence a fait des études supérieures, ceux ayant des hauts revenus et ceux résidant à Paris ou dans la banlieue parisienne).

<sup>7</sup> Compte tenu du petit nombre d'actes techniques effectués et de la plus forte proportion d'omnipraticiens respectant les tarifs de la Sécurité sociale.

Graphique 7



Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux.

94

De ce fait, les dépenses de médecin dans leur ensemble sont mieux diffusées que celles de spécialiste : les couches les plus favorisées, ménages à hauts revenus habitant Paris ou la région parisienne, ont une forte dépense de spécialiste, mais une faible dépense de soins d'omnipraticien, tout spécialement à domicile. Ainsi, pour les ménages de cadre supérieur, la dépense d'omnipraticien à domicile représentait 19 % de la dépense de médecin en 1980 et 9 % seulement en 1991-1992. Inversement, la part des séances de spécialiste, pour ces mêmes cadres supérieurs, est passée de 62 % en 1980 à 66 % en 1991.

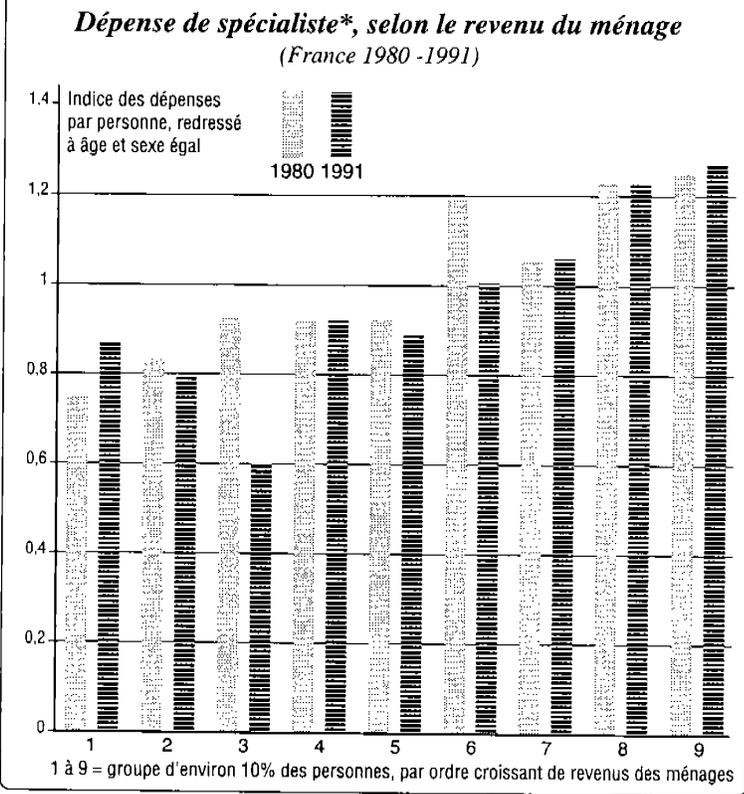
Les plus faibles consommateurs de soins de spécialiste sont : les individus ne bénéficiant pas de protection complémentaire, les familles nombreuses de six personnes et plus, les ménages à faible revenus. Pour ces catégories, le coût relativement élevé d'une séance de spécialiste, et le débours afférent, sont un frein à la consommation. A cette contrainte financière, s'ajoute la nécessité pour le malade de se déplacer jusqu'au cabinet du spécialiste, ce qui peut représenter un sérieux handicap et un coût additionnel qui peut être non négligeable.

Les forts consommateurs de soins de spécialiste (ménages de cadre, hauts revenus, résidant à Paris, niveau d'études supérieures...) ont en commun un niveau de vie relativement élevé pouvant par conséquent supporter sans trop de gêne le coût des soins de spécialiste. Le prix plus élevé de la séance qui est un frein pour certaines catégories sociales peut apparaître pour d'autres comme une garantie de qualité. Ces catégories, culturellement et économiquement favorisées, sont sensibles à la compétence des spécialistes dans leur domaine et à la technicité des soins et des

examens qu'ils effectuent. Cette forte consommation de soins de spécialiste se fait aux dépens de celle des omnipraticiens dont les soins leur semblent peut-être dévalorisés du fait de leur généralisation.

Alors qu'entre 1970 et 1980, la diffusion des soins de spécialiste s'est étendue, elle a plutôt régressé entre 1980 et 1991<sup>8</sup>. Ainsi, en fonction des revenus des ménages, l'écart entre les personnes appartenant aux 10 % des ménages ayant les plus bas revenus et aux 10 % de ceux ayant les revenus les plus hauts, quant aux dépenses de spécialiste par personne, a eu tendance à augmenter entre 1980 et 1991 (cf. Graphique 8).

Graphique 8



95

\* non compris les radiologues et les stomatologues

Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux.

<sup>8</sup> Notons que leur part dans l'ensemble des dépenses de médecin a augmenté, passant de 42,7 % en 1980 à 52 % en 1991 (non compris les radiologues).

*Une partie au moins des soins de dentiste est mal diffusée*

Les chirurgiens-dentistes assurent d'une part les soins courants, auxquels peut accéder pratiquement toute la population, et d'autre part, les poses de prothèses qui sont très mal remboursées et dont ne bénéficient que les couches aisées de la population : cadres supérieurs et professions libérales, ménages dont le chef a étudié au moins jusqu'au baccalauréat, habitants de Paris et ménages à hauts revenus.

Or, ce type de soins est autonome par rapport aux autres consommations médicales, aucun ne lui étant complémentaire, ni substituable, et les populations n'y accédant pas sous-consomment vraisemblablement. Les écarts entre groupes sociaux, qui s'étaient réduits entre 1970 et 1980, ont augmenté entre 1980 et 1991.

*Diffusion des soins de kinésithérapeute jusqu'aux couches moyennes*

Actuellement, ce type de soins est assez largement diffusé dans la population. Les groupes les plus défavorisés (personnes sans protection complémentaire, appartenant à des ménages nombreux, à très faibles revenus et les habitants des communes rurales) ont une faible dépense en soins de kinésithérapeute. En terme de recours, les groupes favorisés restent les plus nombreux à faire appel à ce type de soins.

96

Le taux de remboursement par l'Assurance maladie laisse aux personnes non exonérées du ticket modérateur et n'ayant pas de couverture complémentaire, une somme importante à leur charge, pour ce type de soins, et leur consommation est particulièrement faible (indice redressé par âge et sexe 0,4).

Avec, entre autre, l'extension des couvertures complémentaires, les soins de kinésithérapeutes se sont diffusés largement dans les couches moyennes et ont perdu le caractère de soins surtout destinés aux couches les plus favorisées qu'ils présentaient en 1980 et surtout en 1970.

*Les produits pharmaceutiques : bonne diffusion des produits prescrits, achats plus différenciés des produits non prescrits*

Les dépenses de produits pharmaceutiques prescrits varient peu selon les groupes sociaux. Seuls les ménages très nombreux ont une faible consommation, associée d'ailleurs à une faible consommation de soins de médecin, même d'omnipraticien dont les produits pharmaceutiques acquis sur ordonnance sont complémentaires.

De même que pour les soins d'omnipraticien, aucun groupe social ne se distingue par une très forte consommation de produits pharmaceutiques prescrits (cf. Tableau 1)

Les produits non prescrits, dont l'acquisition facile ne nécessite pas l'intervention du médecin, ont une diffusion plus restreinte que celle des produits acquis sur ordonnance.

LES MUTATIONS DE LA DEMANDE DE SOINS

Tableau 1  
Indices des dépenses médicales par personne des principaux types  
de soins pour différents groupes sociaux, selon 6 critères  
Indice à âge et sexe égal

	Omnipraticien	Spécialiste (1)	Dentiste	Kinésithérapeute	Pharmacie prescrite	Pharmacie non prescrite	Médecine de ville (partielle) (2)
<i>C.S.P. du chef de ménage</i>							
Ouvrier	1,04	0,76	0,77	1,01	1,02	0,75	0,93
Cadre supérieur	0,85	1,55	1,46	0,85	0,97	1,71	1,12
<i>Revenus mensuels du ménage</i>							
Moins de 4 250 F	1,04	0,87	0,84	0,79	1,11	1,03	0,99
De 4 250 F à 5 750 F	1,07	0,80	0,60	0,82	1,02	0,92	0,92
De 19 000 F à 27 500 F	0,99	1,29	1,35	1,13	0,99	1,24	1,13
27 500 F et plus	0,74	1,72	2,02	0,76	0,97	1,82	1,28
<i>Niveau d'instruction (personnes de 18 ans et plus)</i>							
Aucun diplôme	1,04	0,82	0,70	0,93	1,03	0,72	0,95
C.E.P.	1,03	0,89	0,79	0,91	1,02	0,93	1,95
Baccalauréat	0,96	1,16	1,50	1,11	0,94	1,23	1,11
Etudes supérieures	0,70	1,65	1,28	1,52	0,80	1,79	1,16
<i>Mode de protection</i>							
Sans couverture complémentaire	0,78	0,67	0,63	0,77	0,81	0,98	0,80
Avec couverture complémentaire	1,05	1,06	1,07	1,05	1,04	1,00	1,04
<i>Nombre de personnes du ménage</i>							
6 personnes et plus	0,65	0,52	0,68	0,45	0,65	0,46	0,64
4 personnes	0,97	0,89	1,08	1,10	0,92	1,01	0,98
2 personnes	1,03	1,10	1,08	1,01	1,04	1,04	1,04
1 personne	1,05	1,24	1,32	0,97	1,07	1,45	1,11
<i>Catégorie de commune</i>							
Commune rurale	1,00	0,69	0,68	0,70	0,96	0,82	0,84
20 000 à 100 000 habitants	1,02	0,95	1,07	1,41	0,99	0,98	1,11
Paris	0,85	1,83	1,69	0,97	0,92	1,75	1,17

(1) non compris radiologues et stomatologues

(2) médecins (sauf radiologues), dentistes, auxiliaires, pharmacie

Source : CREDES - enquête décennale 1991-1992 sur la santé et les soins médicaux

Le prix des produits acquis sans ordonnance est sensiblement inférieur à celui des produits prescrits, mais ne donne droit à aucun remboursement ; ils reviennent donc finalement plus cher au patient. Sont donc de faibles consommateurs ceux qui ressentent fortement cette contrainte financière, particulièrement les ménages nombreux et les ouvriers.

Parmi les forts consommateurs se trouvent les personnes moins sensibles aux contraintes budgétaires ou qui, du fait de leur niveau socioculturel, pratiquent facilement l'automédication : personnes ayant fait des études supérieures, cadres supérieurs et professions libérales, parisiens, hauts revenus. Pour ces catégories, l'automédication se substitue, en partie, à l'ensemble - soins d'omnipraticien, pharmacie prescrite - dont la consommation est inférieure à celle d'autres catégories.

La part des produits non prescrits a diminué dans la dépense pharmaceutique (7 % en 1980 et 5,4 % en 1991).

Cette diminution s'est accompagnée d'une extension plus grande vers les couches les plus favorisées de la population.

*En dépit de certains phénomènes de saturation et de substitution, la consommation médicale des groupes défavorisés reste relativement faible*

Les personnes multidéfavorisées<sup>9</sup> consomment notablement moins de soins de spécialiste, de dentiste, d'omnipraticien au cabinet, que la population de référence<sup>10</sup>, mais un peu plus de soins d'omnipraticien à domicile et nettement plus de soins d'infirmier : pour ces dernières consommations, dont bénéficient surtout les personnes âgées, l'importance de l'écart avec la population de référence est diminuée après élimination de l'effet de la structure par âge et sexe de ce groupe plutôt âgé (cf. biblio [7]).

Inversement, les personnes multifavorisées consomment notablement moins de soins d'omnipraticien à domicile, d'infirmier et de pharmacie prescrite et nettement plus de soins de spécialiste, de dentiste et de pharmacie non prescrite ; pour ces dernières consommations, dont bénéficient surtout les jeunes, l'importance de l'écart avec la population de référence est augmentée après élimination de l'effet de la structure par âge et sexe, compte tenu de la relative jeunesse de ce groupe.

Des relations complexes de complémentarité et de substitution lient les consommations médicales entre elles, en particulier entre soins de ville et hospitalisation et à l'intérieur des soins de ville, aussi bien entre soins de médecin qu'entre soins de médecin et soins d'auxiliaire etc.

<sup>9</sup> Groupe défini simultanément par le revenu, la catégorie professionnelle et la couverture maladie (8 % de la population).

<sup>10</sup> Groupe moyen = ensemble dont ont été exclus les groupes multifavorisé et multidéfavorisé (84 % de la population).

Malgré les substitutions entre soins de spécialiste et soins d'omnipraticien, et à l'intérieur de ceux-ci entre consultations au cabinet et visites à domicile, les dépenses globales de soins de médecin restent inférieures pour le groupe défavorisé de près de 40 % à celles de la population de référence et supérieures de 16 % pour le groupe favorisé après élimination de l'effet de la structure par âge.

Les écarts les plus importants entre groupe favorisé et groupe défavorisé portent sur la dépense de soins infirmiers, maximum pour les défavorisés (se substituent-ils dans certains cas aux soins de médecin ?), et celle de soins dentaires et de produits pharmaceutiques non prescrits, maximum pour les favorisés. Pour les soins dentaires, pour lesquels il n'existe pas de substitution, la moindre consommation du groupe défavorisé comporte une part au moins de sous-consommation compte tenu de leur état de santé bucco-dentaire.

Les dépenses médicales des femmes défavorisées sont, en général, moins éloignées de celles du groupe de référence que celles des hommes, alors que les dépenses médicales des femmes et des hommes favorisés sont éloignées sensiblement de la même façon de celles du groupe de référence.

L'analyse par catégorie socioprofessionnelle met en évidence la moindre consommation globale des ménages ouvriers en soins de ville, reproduisant de manière moins accentuée les phénomènes observés pour le groupe défavorisé ; ainsi, pour toutes les classes d'âge, les ménages de cadre supérieur ont une dépense de soins de spécialiste supérieure à celle des ménages d'ouvrier, et inversement pour les dépenses d'omnipraticien.

99

*Le recours aux soins de ville s'est généralisé mais à des rythmes différents...*

Dans les décennies précédentes, 1960-70 et 70-80, les comportements des groupes sociaux face aux soins se sont rapprochés et l'accès aux soins s'est généralisé. La consommation médicale des groupes défavorisés s'est accrue plus vite que celle des groupes favorisés, s'en rapprochant en niveau comme en structure.

Entre 1980 et 1991, toujours dans un climat général d'augmentation des consommations médicales, les rythmes de croissance ont évolué différemment. Les ménages de cadre supérieur se distinguaient en 1970 par une consommation plus élevée de pratiquement tous les types de soins de ville, ce n'était plus le cas en 1980 et le mouvement s'est fortement accentué dans la décennie 1980-1991.

*... faisant apparaître des retournements de tendance*

Les groupes les plus favorisés n'ont plus les plus fortes dépenses en soins de médecin, les couches moyennes compensant une dépense de

soins de spécialiste légèrement inférieure par une dépense nettement plus élevée de soins d'omnipraticien. De même, la dépense pharmaceutique, prescrite et non prescrite, est plus élevée pour les ménages d'ouvrier que pour les autres.

Cette moindre demande de soins de premiers recours pour les cadres, en particulier l'accès direct aux spécialistes, traduit-elle une saturation de la demande de soins primaires ? Les couches intermédiaires vont-elles à terme s'aligner sur ce profil de soins, moins de séances mais plus spécialisées, et moins de consommations pharmaceutiques ? On ne peut guère répondre à ces questions, les évolutions étant en partie liées aux mesures réglementaires qui seront prises.

*La moindre consommation des personnes défavorisées concerne plutôt les personnes faiblement malades*

Un élément essentiel de l'évaluation d'un système de santé porte sur son aptitude à permettre à chacun, et en particulier aux plus malades, d'accéder aux soins médicaux (cf. biblio [1] et [5]).

La moindre consommation médicale des groupes défavorisés se limite-t-elle aux personnes pas ou peu malades, ou concerne-t-elle également les personnes souffrant d'affections graves ? Cette sous-consommation disparaît-elle lorsque la maladie devient grave ? Ou augmente-t-elle avec l'importance des soins nécessaires ?

100

En première approximation, il semble que la substitution médecine de ville (pour le groupe favorisé) - hôpital (pour le groupe défavorisé) ait lieu exclusivement pour les personnes gravement malades<sup>11</sup>. Autrement dit, à la sous-consommation de soins de ville qui concerne les personnes du groupe défavorisé, quel que soit le niveau de leur état de santé, se substitue une « sur hospitalisation » pour les personnes gravement malades. Pour les personnes à morbidité élevée, l'hôpital jouerait ainsi un rôle social de substitution à une médecine de ville insuffisante<sup>12</sup>, et, globalement, pour elles, le niveau de soins serait indépendant du niveau social. Ce résultat satisfaisant doit cependant être nuancé, car si les soins de ville sont relevés dans un grand détail, l'hospitalisation n'est connue qu'en termes de journées par personne, le contenu médical de ces journées étant entièrement opaque : il est vraisemblable que les personnes appartenant au groupe défavorisé soient hospitalisées dans des services à relativement faible densité de soins, et celles appartenant au groupe favorisé, dans des services à relativement forte densité de soins<sup>13</sup>. Le jeu simultané d'écart de

<sup>11</sup> Selon l'indicateur de morbidité du CREDES.

<sup>12</sup> A l'exception, on l'a vu, des soins au domicile du patient (omnipraticiens, infirmières...).

<sup>13</sup> Le jeu des implantations hospitalières pouvant par exemple favoriser une telle distorsion.

fréquentation et de densité des soins peut faire perdre à l'hôpital une partie de sa fonction de substitut de soins de ville pour les malades graves appartenant au groupe défavorisé.

### *Conclusion*

Depuis la fin de la guerre, la consommation médicale n'a cessé de croître<sup>14</sup>. Deux éléments essentiels ont accompagné et rendu possible cette croissance : l'extension de la protection maladie, qui a rendu solvables les patients recevant des soins dépassant leur capacité de financement, et le développement des connaissances médicales et de l'offre de soins qui ont permis de mettre en place une production de masse.

Ces évolutions ont favorisé l'accès aux soins, y compris les plus onéreux, à toutes les couches sociales, réduisant les inégalités de consommation médicale jusqu'en 1980. Au cours de la dernière période, dans un contexte général de stagnation de la production, de crise de l'emploi et de libéralisation de l'économie, la priorité donnée à la maîtrise des dépenses de santé et au désengagement de l'état et de la Sécurité sociale a eu pour conséquences une moindre amélioration d'accès aux soins médicaux pour les groupes les plus défavorisés. La poursuite de cette politique entraînera-t-elle une extension des disparités vers les classes moyennes (et pour les plus défavorisés, vers les plus malades) ? Ou, la forte demande de protection maladie des Français (et des Européens) entraînera-t-elle un déplacement des politiques économique et financière, permettant de mieux respecter les priorités sociales. En tout état de cause, l'évaluation des politiques de santé ne peut se limiter aux seuls critères financiers, elle doit tenir compte de la réduction des inégalités d'accès aux soins et de l'amélioration de l'état de santé de toutes les couches de la population.

101

## *RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

- [1] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *Indicateurs de morbidité et facteurs socio-démographiques* CREDES n°657. Janvier 1985.
- [2] Sourty-Le Guellec M.J., *Enquête sur les hospitalisés. Caractères socio-démographiques, mouvements, durées de présence. Tome 2 «Les présents»*. CREDES n°700. 1986/09.

---

<sup>14</sup> Le taux d'accroissement annuel moyen de la dépense de soins et biens médicaux par personne en volume a cependant ralenti, passant de 7,7 % dans les années 60 à 6,7 % dans les années 70, 4,6 % dans les années 80, 2,9 % de 1990 à 1994.

- [3] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *L'évolution à long terme de la consommation médicale 1970-1992 (Graphiques commentés)*. CREDES n°995, 1993/10.
- [4] Sourty-Le Guellec M.J., *Enquête sur les hospitalisés 1991-1992 : Qui sont les hospitalisés ? Où sont-ils ? Depuis combien de temps ?* CREDES n°996, 1993/11.
- [5] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *«Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991*. CREDES n°999, Janvier 1994.
- [6] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *Les séances de médecin : spécialité, contenu et prix*. CREDES n°1019, 1994.
- [7] Mizrahi An, Mizrahi Ar, *«Disparités de consommation médicale et état de santé en France»*. CREDES n°1034, 1994/09.
- [8] Lecomte Th *«Consommation pharmaceutique en 1991-92 - Evolution 1970-1992»*. CREDES n°1030, 1994/12.
- [9] Logiciel ECO-SANTE FRANCE, Logiciel pour l'analyse du système de santé français réalisé sous la direction de Simone Sandier, et édité par le CREDES. Version 3.6, juin 95.