

Consommation médicale et état de santé

Communication présentée au colloque
"Economie de la santé"
organisé par le Ministère de l'Education Nationale
CNRSMS - MAFPEN

1 - 2 - 3 décembre 1993

An MIZRAHI
Ar MIZRAHI

Biblio. n° 1006

Février 1994

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Intuitivement et selon l'expérience de chacun, il semble évident que le recours aux soins est en liaison avec l'état de santé. Le passage de cette remarque (que l'on pourrait dire de bon sens) à l'observation scientifique, de nature objective et reproductible, est cependant fort difficile.

D'une part, si différentes mesures de la consommation médicale sont possibles en quantités - consultations de généraliste, de spécialiste, séjours hospitaliers, conditionnements pharmaceutiques etc. - ou en dépenses, les mesures individuelles de l'état de santé, prenant en compte pour chaque personne l'ensemble de ses maladies, sont plus rares au niveau des concepts comme des observations.

Enfin, la nature même de la liaison est de nature complexe, l'état de santé étant à la fois cause de la consommation médicale (je suis malade, je vais consulter) et conséquence (j'ai suivi un traitement, mon état de santé s'est amélioré). Par ailleurs, de nombreux autres facteurs que les consommations médicales sont en interaction avec l'état de santé : l'âge, le capital génétique, les habitudes alimentaires, l'environnement social et professionnel, les conditions de vie, etc. L'évolution de l'état de santé au cours du temps et le décalage variable entre les soins et leurs répercussions sont particulièrement complexes à introduire dans les analyses. De nombreuses simplifications sont donc nécessaires et elles sont fortement réductrices par rapport à la réalité.

1. L'état de santé, le risque vital et l'invalidité

A partir d'une collaboration étroite entre médecins et statisticiens, le CREDES a mis au point, dans les années 70, un indicateur de morbidité à deux dimensions : le risque vital et l'invalidité.

Cet indicateur est une synthèse effectuée dans une optique pronostique par des médecins, à partir des nombreuses informations relevées dans les enquêtes auprès des ménages.

Les analyses présentées ici sont basées sur l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale effectuée tous les ans par le CREDES et portent en général sur les 4 années cumulées 1988-1991.

L'invalidité

C'est un bilan sur les répercussions de l'état de santé sur la vie quotidienne et les activités professionnelles ou domestiques de chaque enquêté, que porte un médecin au vu de l'ensemble du dossier. Cette vision médicale comporte un élément pronostique puisque, établie le dernier jour de l'enquête, elle évalue l'état permanent prévisible des personnes enquêtées. Seuls sont retenus les handicaps jugés permanents par les médecins chiffreurs et par contre, les gênes inhérentes à un épisode aigu (varicelle, entorse, grippe, etc.) sont exclues¹.

Une échelle à huit niveaux a été retenue :

Invalidité	Répartition de la population selon l'invalidité	
	Effectif	%
0 - pas de gêne	5 349	17,3
1 - gêné de façon infime	8 903	28,9
2 - très peu gêné	8 935	29,0
3 - gêné, mais mène une vie normale	5 291	17,2
4 - activité professionnelle ou domestique restreinte	1 673	5,4
5 - activité professionnelle ou domestique très ralentie	443	1,4
6 - pas, ou très peu d'autonomie domestique	216	0,7
7 - grabataire, alitement permanent	30	0,1
Total	30 840*	100,0

* En outre, 11 personnes sont décédées en cours d'enquête, et l'invalidité a été jugée indéterminable par l'équipe de médecins pour 82 personnes.

¹ Il est évident que le médecin, pour appliquer strictement cette définition, doit porter un pronostic sur le caractère passager ou non de certains handicaps et sur les séquelles possibles (par exemple, fracture de jambe chez une personne âgée). Cet indicateur, établi en 1967, s'apparente au chapitre des incapacités du modèle de Wood ; il en diffère car sa définition fait référence en partie aux critères d'ouverture théorique de droits à pension d'invalidité.

Source : CREDES ESPS 1988-1991

Cette notion d'invalidité est uniquement définie pour un type de société, à une époque donnée, et n'a de sens que dans ce contexte précis. Ainsi, une faible myopie, considérée comme une gêne infime en France, parce qu'actuellement corrigée, peut selon les cas, si elle n'est pas appareillée pour des raisons économiques, sociales ou culturelles, être un handicap grave dans une société où une vue perçante est indispensable (pour chasser, par exemple) ou au contraire, passer totalement inaperçue.

Le pronostic vital

Le risque vital est un pronostic porté par le médecin et relatif au risque connu pour chaque enquêté, du fait de ses affections et/ou infirmités, le dernier jour de l'enquête. Le nombre de classes est volontairement réduit, compte tenu de l'imprécision souvent grande en ce domaine².

Six classes ont été distinguées :

Risque vital	Répartition de la population selon le risque vital	
	Effectif	%
0 - pas d'affection, aucun indice déclaré dans l'enquête	13 691	44,4
1 - pas de diagnostic péjoratif, ou très très faible	5 957	19,3
2 - pronostic péjoratif très faible	6 918	22,4
3 - risque possible sur le plan vital	3 710	12,0
4 - pronostic probablement mauvais	512	1,7
5 - pronostic sûrement mauvais	47	0,2
Total	30 835*	100,0

* En outre, 11 personnes sont décédées en cours d'enquête, et l'invalidité a été jugée indéterminable par l'équipe de médecins pour 82 personnes.

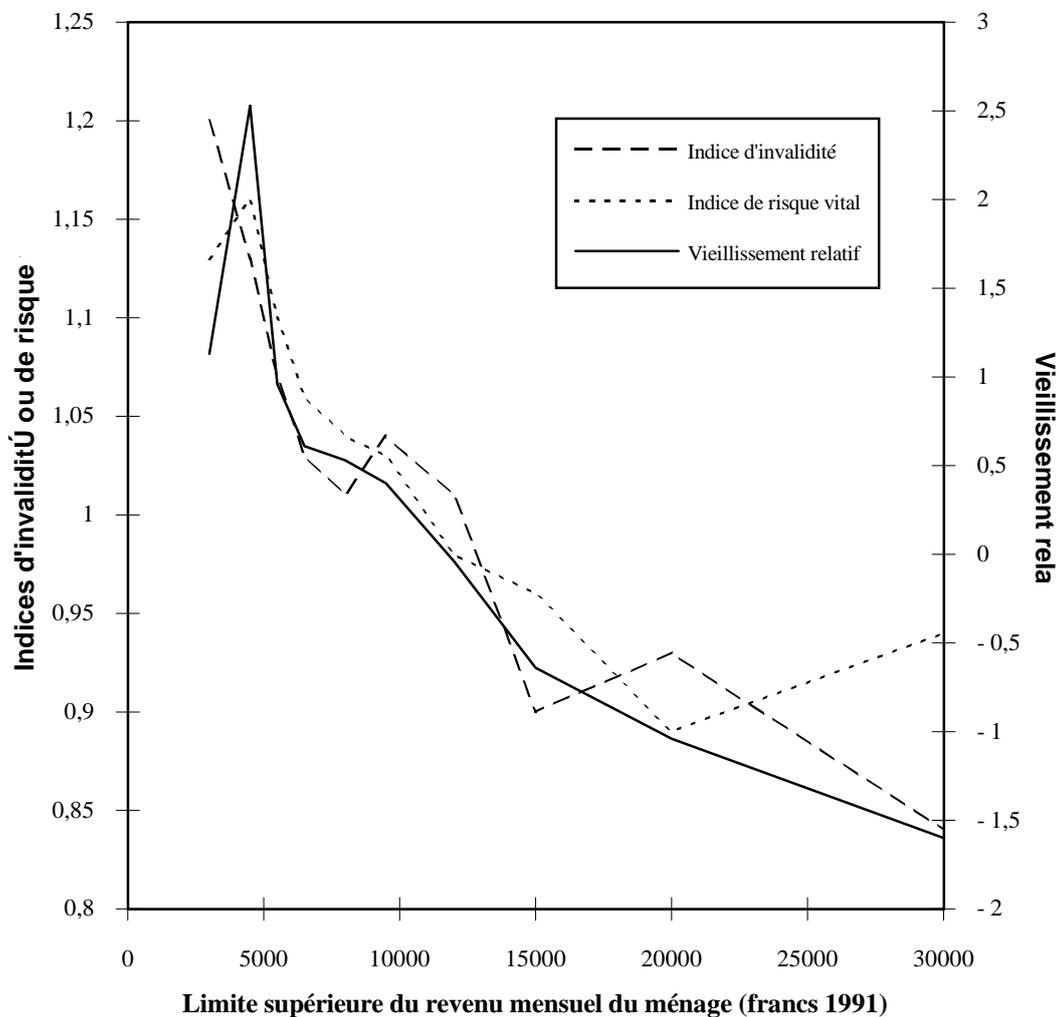
Source : CREDES ESPS 1988-1991

D'une manière générale, et même s'il existe des personnes âgées, voire très âgées, en bonne santé, l'état de santé se détériore plus ou moins vite avec l'avancée en âge. En moyenne, les hommes à âge égal présentent un risque vital supérieur à celui des femmes alors que les femmes souffrent d'une invalidité supérieure. Utilisant les deux dimensions de l'indicateur de morbidité et l'âge, on évalue un "âge relatif" tel que les personnes dont les niveaux de risque

² Ces définitions sont complétées par des exemples précis de pathologie. Il n'a paru possible de quantifier la notion de risque que dans les cas les plus graves, la classe 5 correspondant approximativement à une probabilité de 1/2 de décéder dans les cinq prochaines années.

vital et d'invalidité sont supérieurs aux moyennes de leur âge ont un âge relatif supérieur à leur âge (vieillesse prématurée) et réciproquement. Ce vieillissement relatif est variable selon les catégories socio-économiques, le niveau culturel, le revenu etc.³. On présente sur le graphique 1 le lien entre le revenu du ménage et l'état de santé mesuré en termes de vieillissement relatif, d'indice de risque vital et d'indice d'invalidité pour éliminer l'influence des différences de structure par âge. L'état de santé des personnes appartenant à des ménages à bas revenus est nettement moins bon, à âge égal, que celui des personnes appartenant à des ménages à hauts revenus (cf. graphique 1).

Graphique 1
Indices d'invalidité et de risque vital
et vieillissement relatif selon le revenu
(18 ans et plus)



Source : CREDES ESPS 1988-1991

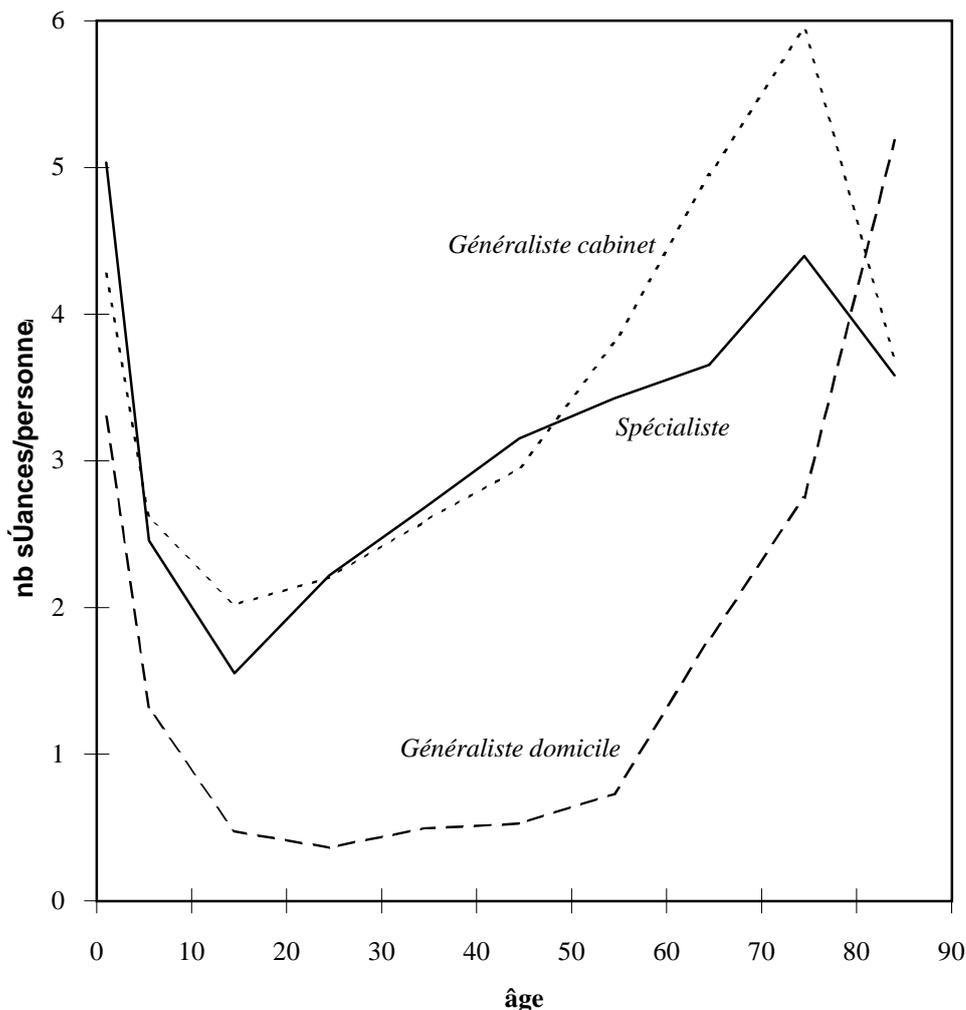
³ Cf. Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI "Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques", n° 999, CREDES 1994

2. La consommation médicale

Le nombre de séances de médecin par personne est un indicateur de la consommation médicale de ville relativement simple à définir et à observer. Les séances sont définies comme l'entrevue d'un patient et d'un médecin dans l'exercice de sa profession, quels qu'en soit le lieu, les modalités de paiement et le contenu technique. On distingue les séances de généraliste au domicile du patient, celles qui ont lieu dans un local professionnel et les séances de spécialiste. Les soins dispensés aux personnes hospitalisées ne sont pas analysés ici.

La consommation de ces 3 types de séances de médecin augmente avec l'âge mais de manière différente : alors que les séances de généraliste au domicile du patient augmentent continûment jusqu'aux âges les plus avancés, celles dans un local professionnel augmentent moins rapidement puis diminuent au-delà de 80 ans ; le phénomène est de même nature pour les séances de spécialiste (cf. graphique 2).

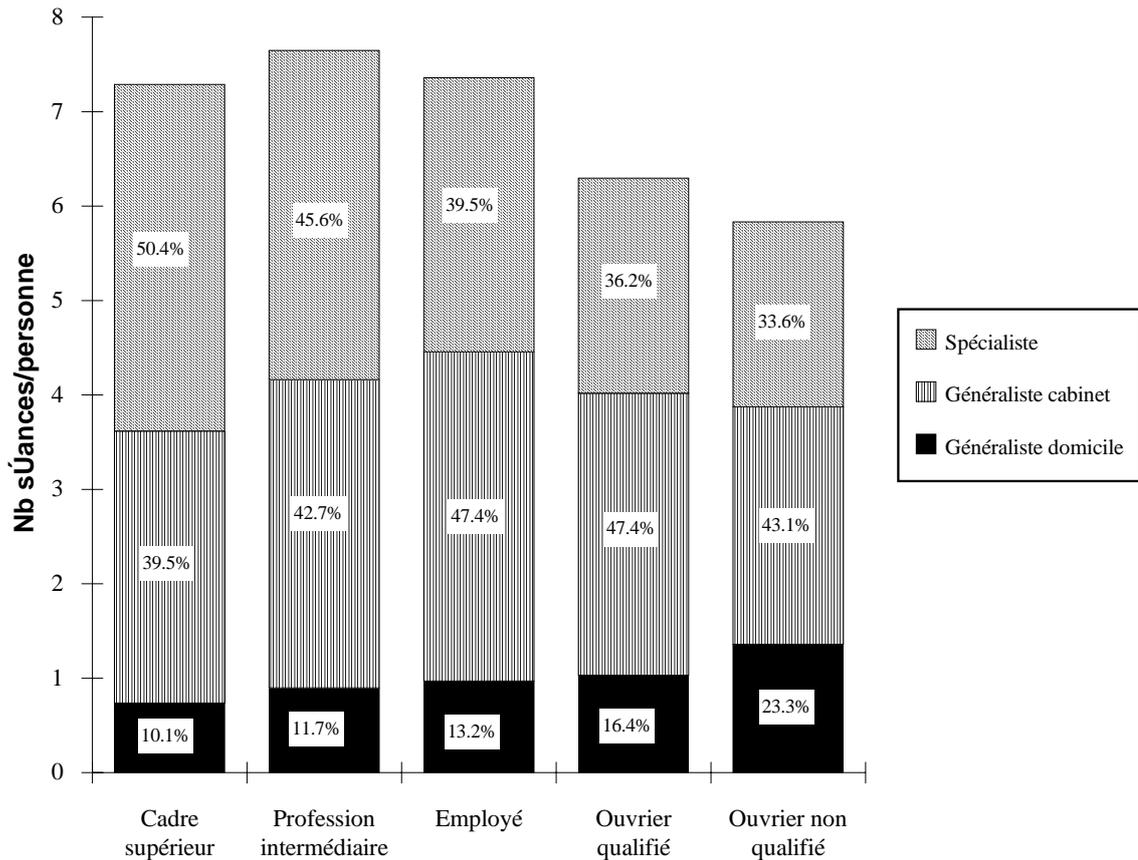
Graphique 2
Séances de médecin selon l'âge



Source : CREDES ESPS 1988-1991

De même que l'état de santé, la consommation médicale, et surtout la part des différentes composantes, varient fortement selon les caractéristiques socio-économiques⁴. A titre d'illustration, on présente sur le graphique 3 la consommation de soins de médecin selon la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage.

Graphique 3
Séances de médecin
selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : CREDES ESPS 1988-1991

Les séances de généraliste au domicile du patient représentent 23 % de l'ensemble des séances de médecin pour les ouvriers non qualifiés⁵ et 10 % pour les cadres supérieurs ; inversement, les séances de spécialiste représentent une séance sur trois pour les ouvriers non qualifiés et une séance sur deux pour les cadres supérieurs.

⁴ Cf. Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI "Evolution des disparités dans le recours aux soins de médecin" CREDES n° 949, décembre 1992.

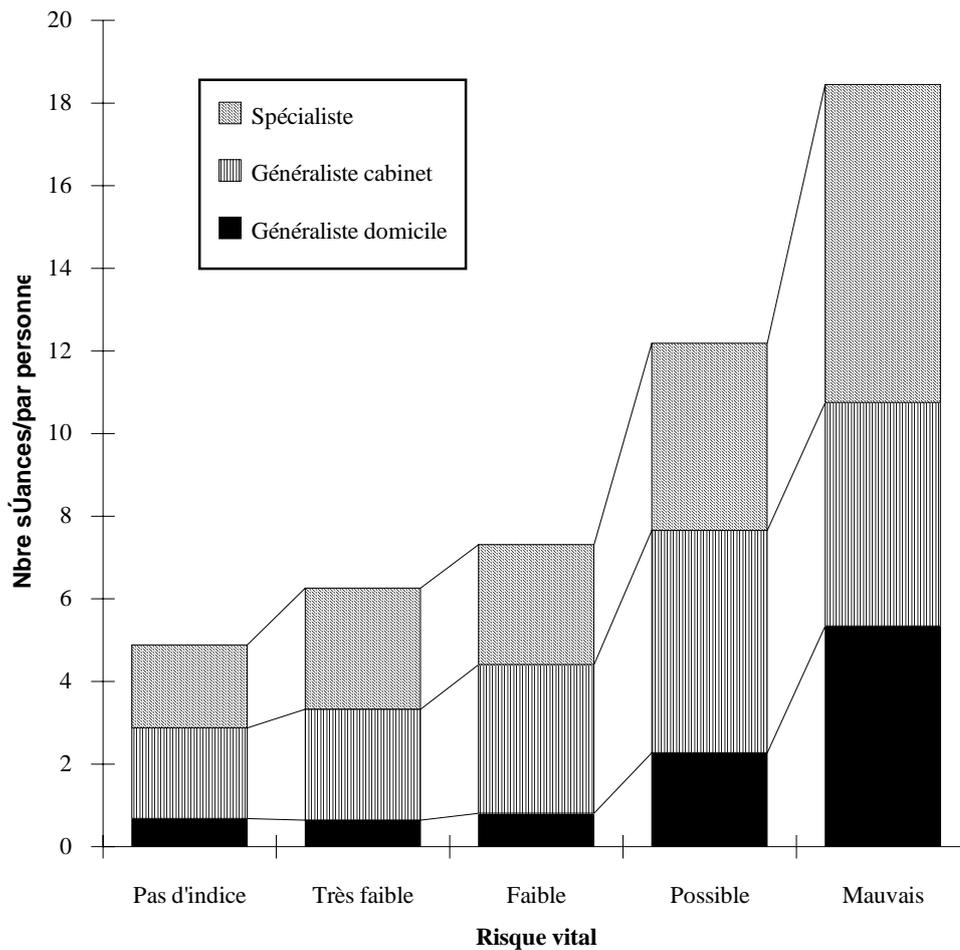
Pierre MORMICHE "La disparité de recours aux soins en 1991" *Economie et Statistiques* n° 265, 1993.

⁵ Il s'agit des membres des ménages dont la personne de référence est ouvrier non qualifié.

3. Consommation médicale et état de santé

Le recours aux médecins augmente fortement quand le risque vital s'accroît, passant de 5 à 18 séances par personne par an, lorsque le pronostic est probablement mauvais. Lorsque le risque vital reste faible, ce sont surtout les séances de généraliste dans un local professionnel qui augmentent ; lorsque le risque devient plus important, ce sont celles de spécialiste (cf. graphique 4).

Graphique 4
Séances de médecin selon le risque vital



Source : CREDES ESPS 1988-1991

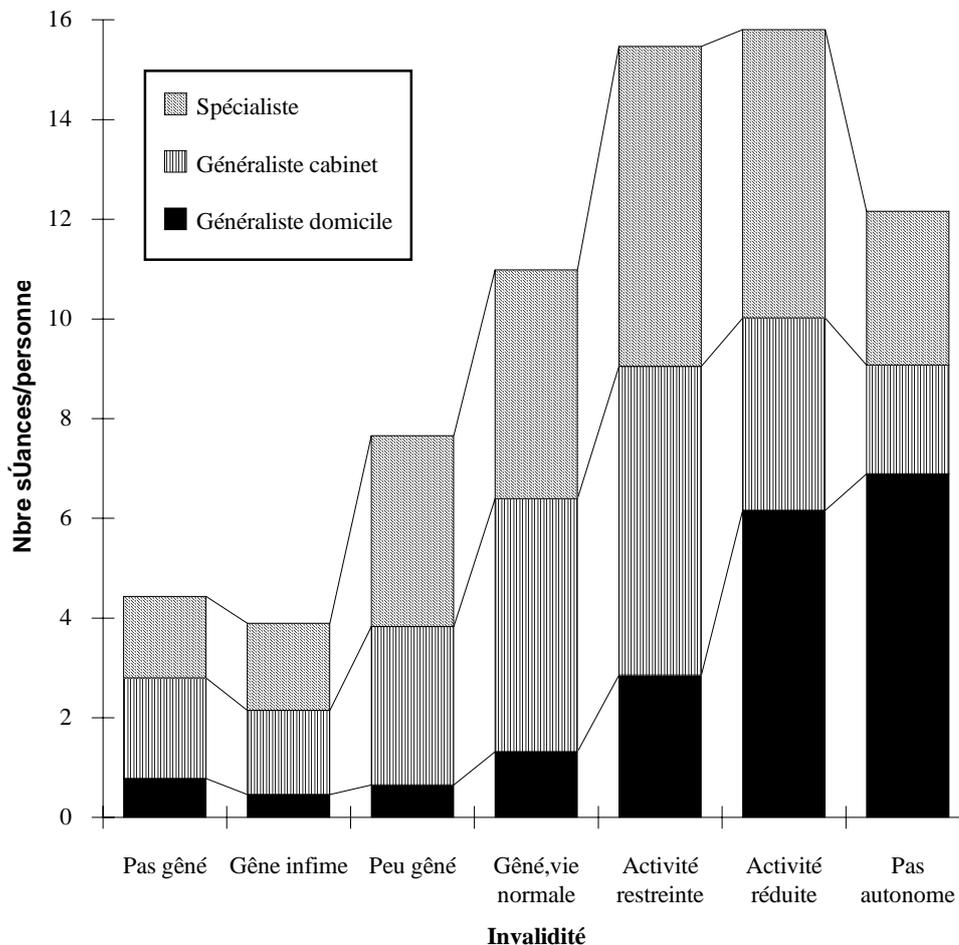
Il n'est pas étonnant que les personnes n'ayant aucun indice de risque vital aient une consommation non négligeable de soins de médecin :

- l'état de santé est estimé en fin de période d'enquête par les médecins et la consommation médicale est enregistrée pendant les 3 semaines précédentes. Une grippe, une angine peuvent avoir entraîné des soins pendant cette période et être complètement terminés ;

- certaines affections exigent des soins sans entraîner le moindre risque sur le plan vital : entorse chez un sujet jeune, verrue etc. ;
- les médecins peuvent être consultés à titre de prévention ou de surveillance systématique.

L'évolution de la consommation de soins de médecin en fonction de l'invalidité est plus complexe, si le nombre de séances de généraliste au domicile du patient augmente régulièrement avec l'invalidité, il n'en n'est pas de même pour les autres séances de médecin. Ainsi, l'augmentation des séances de généraliste au domicile du patient ne suffit pas à compenser la diminution des séances de généraliste puis de spécialiste dans un local professionnel, et on arrive à la situation paradoxale que les personnes très dépendantes ou grabataires bénéficient de moins de soins de médecin que les personnes à activité réduite ou restreinte, ce qui pose problème quand on sait les risques qu'entraîne en soi le fait d'être grabataire (cf. graphique 5).

Graphique 5
Séances de médecin selon l'invalidité



Source : CREDES ESPS 1988-1991

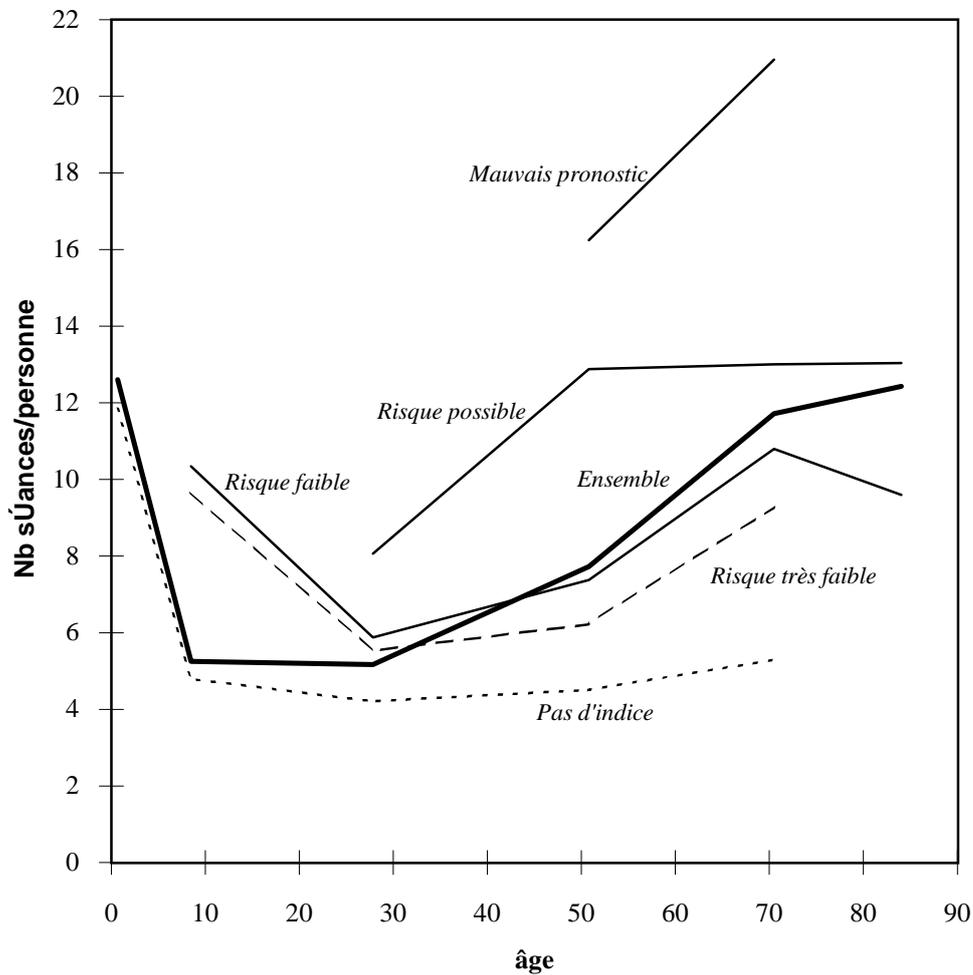
Les dépenses pharmaceutiques augmentent régulièrement, tant avec le risque vital qu'avec l'invalidité.

4. Consommations médicales, état de santé et âge

On a montré⁶ que l'influence de l'âge sur les consommations médicales se décompose en un effet dû à l'accroissement de la morbidité et un effet dû au comportement différentiel de personnes de générations différentes vis à vis des soins et sans doute des médecins eux-mêmes.

L'augmentation du nombre de séances de médecin est plus importante en fonction du risque vital que de l'âge. A risque vital égal, les nourrissons et les enfants ont la consommation de soins de médecin la plus importante alors qu'elle est la plus faible pour les adultes jeunes entre 16 et 39 ans (cf. graphique 6).

Graphique 6
Séances de médecin selon l'âge et le risque vital



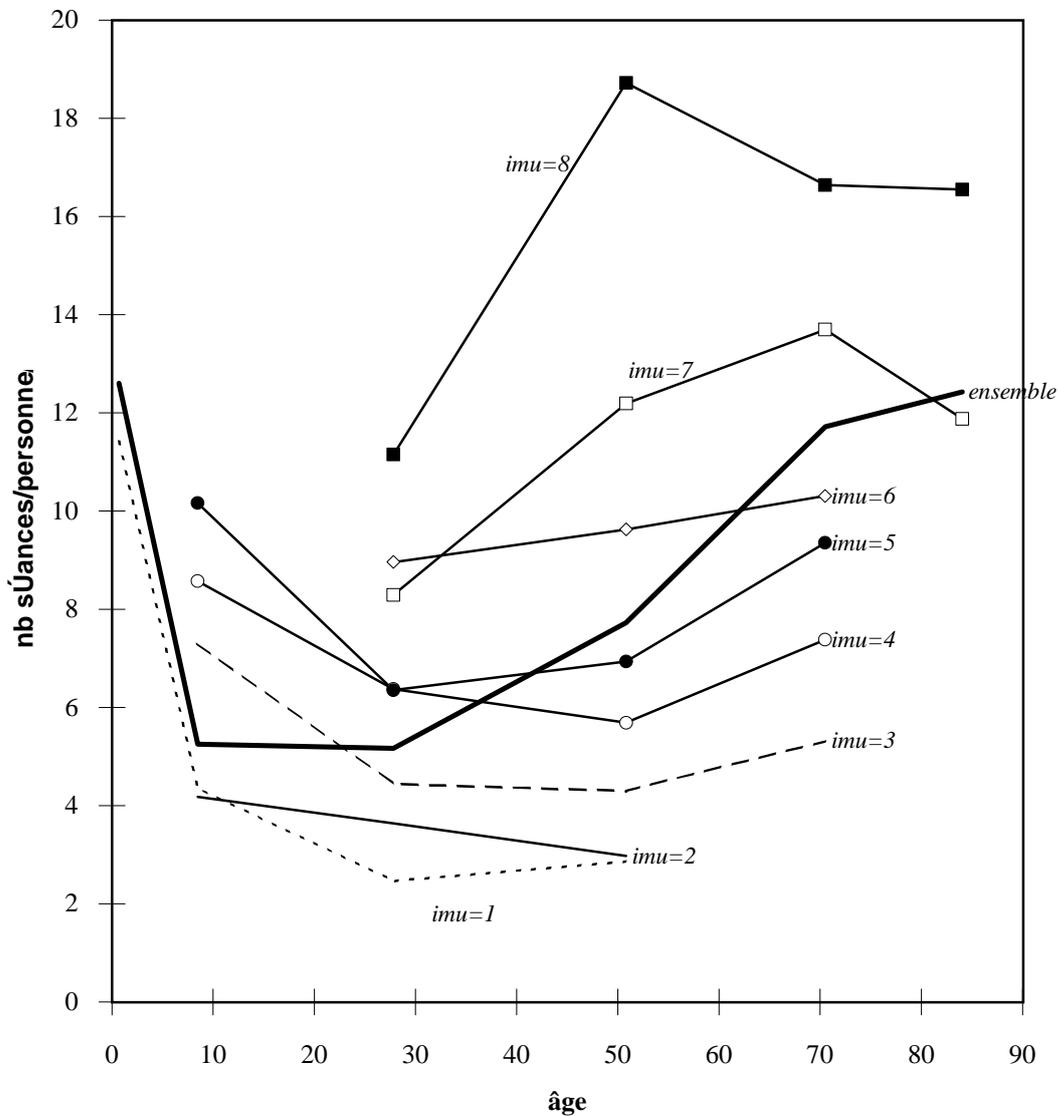
Source : CREDES ESPS 1988-1991

⁶ Cf. Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI "Consommation médicale selon l'âge : effet de morbidité, effet de génération" CREDES n° 772, 1988.

Les dépenses pharmaceutiques sont plus importantes au-delà de 64 ans aussi bien pour les niveaux importants de risque vital que d'invalidité.

Bien évidemment, les personnes âgées et très âgées cumulent plus souvent que les jeunes à la fois un risque vital important et une invalidité forte. Pour tenir compte de cette liaison, on a établi un indicateur unique qui intègre l'invalidité et le risque vital, dit indicateur de morbidité unidimensionnel (IMU) en 8 catégories comportant des effectifs suffisants. La croissance du nombre de séances de médecin selon cet indicateur unique est régulière et montre aussi un moindre recours aux soins de médecin pour les adultes jeunes à morbidité égale et une stagnation au-delà de 80 ans (cf. graphique 7).

Graphique 7
Séances de médecin selon l'âge et l'IMU



Source : CREDES ESPS 1988-1991

5. Consommations médicales, état de santé et caractéristiques socio-économiques

Les différences de structures par âge ne suffisent pas à expliquer les différences de consommations médicales observées entre les groupes sociaux.

On tente d'apporter des premiers éléments de réponse aux questions suivantes :

- les groupes plus faiblement consommateurs le sont-ils pour de faibles niveaux de morbidité, voire uniquement pour les séances de prévention, ou au contraire pour des niveaux importants de morbidité ?
- sur quels types de soins portent ces restrictions ?

Le terme de restriction est sciemment employé dans la mesure où les groupes sous-consommateurs étudiés sont, d'une part les personnes sans couverture complémentaire qui sont en grande majorité des personnes défavorisées sur les plans économiques et socioculturels, et d'autre part, les ménages dont le chef est ouvrier. Au moins pour ces derniers, les résultats que nous avons obtenus sur leur moins bon état de santé que celui du reste de la population sont confirmés par les données sur la mortalité différentielle et les différences d'espérance de vie : à 35 ans, il reste 44 ans à vivre à un cadre supérieur et 36 ans à un manoeuvre⁷.

Pour les personnes ne présentant aucun indice de risque vital, le nombre de séances de médecin en un an varie de 5,9 pour les membres des ménages dont le chef exerce une profession intermédiaire à 3,7 pour ceux d'ouvriers non qualifiés, soit une fois et demie plus pour les premiers (cf. tableau 1 et graphique 8).

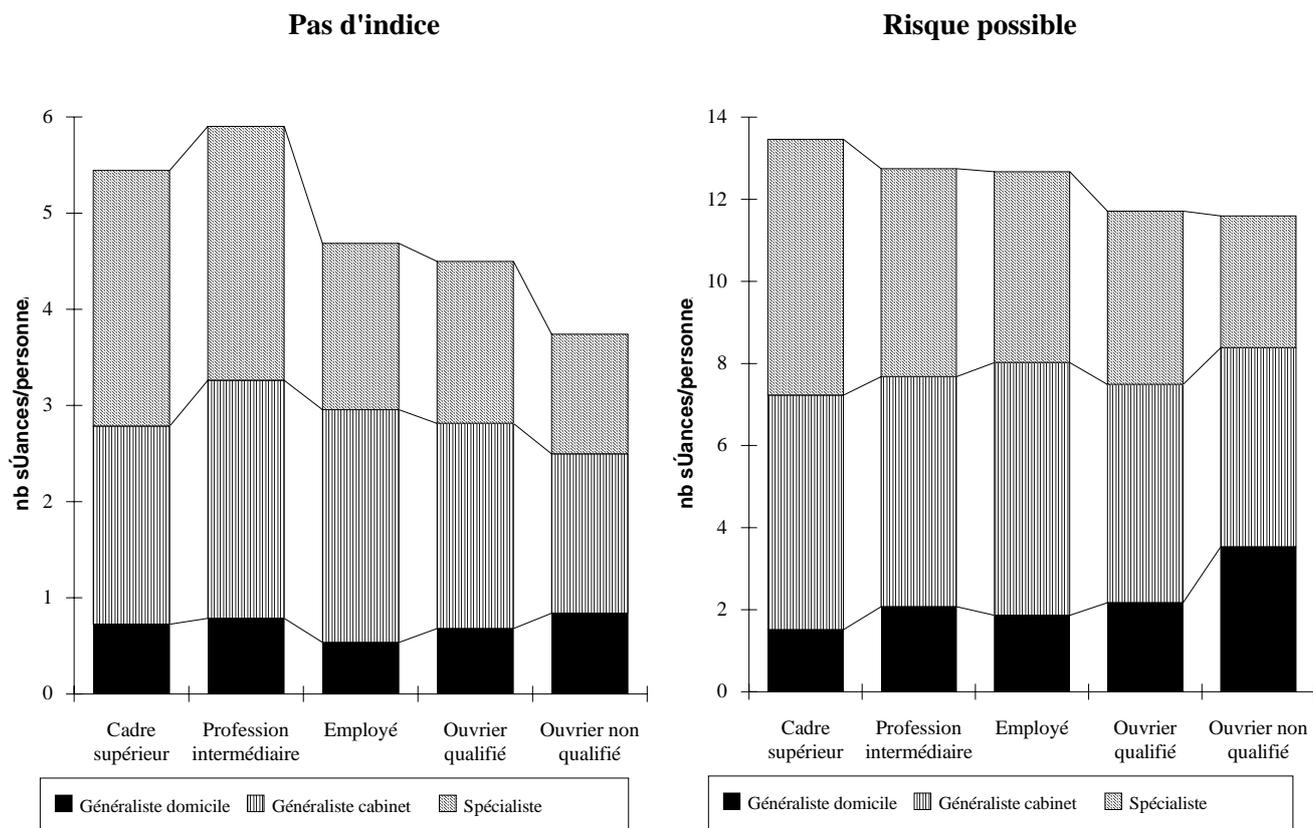
Tableau 1
Consommation de soins de médecin selon le risque vital
et la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage (CSP)
(nombre de séances de médecin par personne, par an)

CSP	Aucun indice de risque	Risque possible
Cadre Supérieur	5,4	13,5
Profession intermédiaire	5,9	12,7
Employé	4,7	12,7
Ouvrier qualifié	4,5	11,7
Ouvrier non qualifié	3,7	11,6
Ensemble	6,3	12,2

Source : CREDES ESPS 1988-1991

⁷ Cf. Guy DESPLANQUES "L'inégalité devant la mort" *Données sociales*, INSEE 1993.

Graphique 8
Séances de médecin selon la CSP et le risque vital



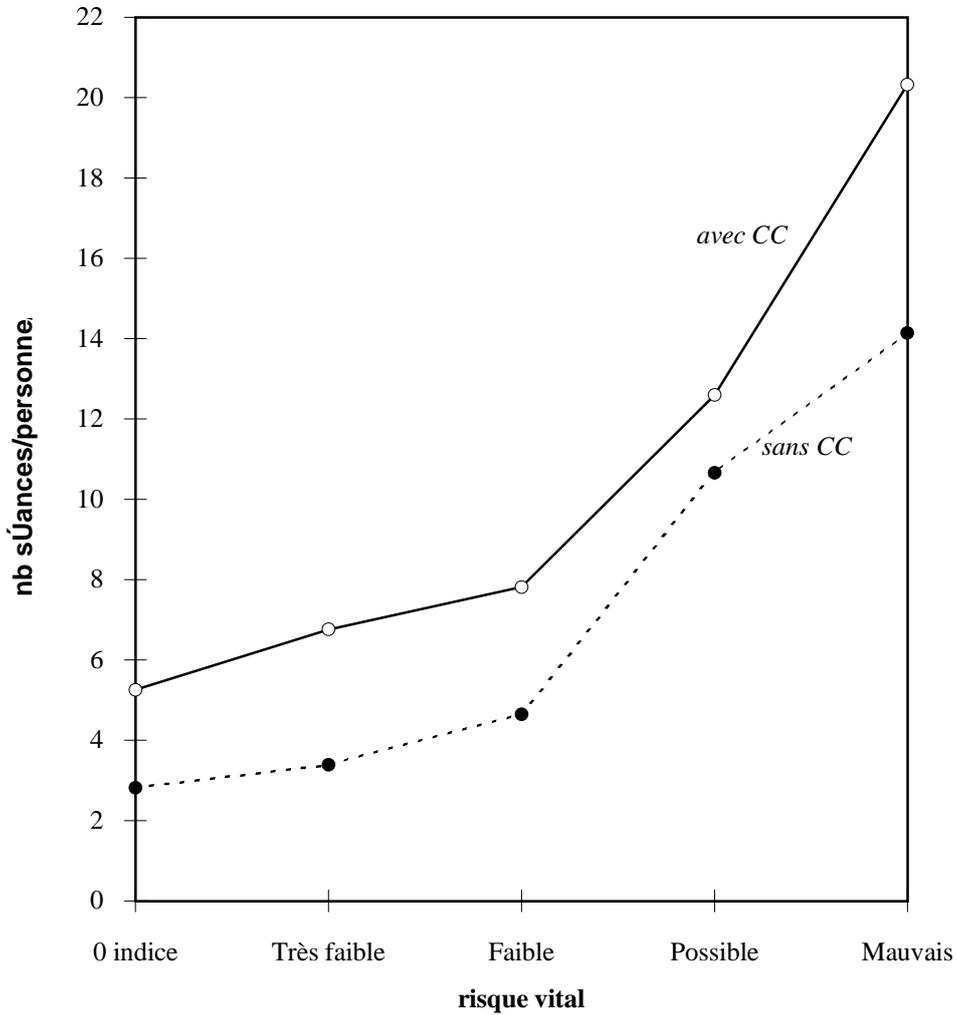
Source : CREDES ESPS 1988-1991

L'écart est encore plus important pour les séances de spécialiste (2,6 pour les cadres supérieurs, 1,2 pour les ouvriers non qualifiés) dont la moindre consommation est loin d'être compensée par un recours un peu plus fréquent aux séances de généraliste à domicile.

Pour les enquêtés présentant un risque possible (classe la plus mauvaise avec des effectifs suffisants), les cadres supérieurs sont les plus gros consommateurs de séances de médecin, et l'écart avec les ouvriers non qualifiés, de même amplitude en termes de nombre de séances par personne, est évidemment moindre en proportion. L'écart pour les séances de spécialiste reste de l'ordre du simple au double (6,2 et 3,2 ; cf. graphique 8).

Si l'on considère les personnes sans protection complémentaire, quel que soit le niveau de risque, leur consommation de soins de médecin est inférieure à celle des personnes mieux protégées et l'écart en nombre de séances par personne ne varie pas selon la gravité de leur morbidité (cf. graphique 9).

Graphique 9
Séances de médecin selon le risque vital
et la couverture complémentaire



Source : CREDES ESPS 1988-1991

En conclusion, nous avons pu mettre en évidence qu'en dépit d'une morbidité plus grave, les groupes défavorisés consomment moins de soins de médecin et que cette sous-consommation se manifeste pour tous les degrés de morbidité, y compris ceux entraînant un risque sur le plan vital.