

Disparités de consommation médicale et état de santé en France

Andrée Mizrahi
Arié Mizrahi

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	Jean-Marie Thomas
Vice-Président	Pierre Jeanson
Trésorier	Gérard Rameix
Secrétaire	Gabriel Maillard
Membres	Claude Amis, Jean-Marie Benech, Edmond Lisle, Marcel Ravoux, Catherine Sermet, François Tonnellier, Jacques Vattier.
Chargé de mission scientifique et technique	Alain Ferragu

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	Dominique Jolly
Membres	Jean-Marie Benech, Etienne Caniard, Jean-Pierre Deschamps, Maryse Gadreau, Jean-Paul Jardel, Ludovic Lebart, Edmond Lisle, Jacques Magaud, Emile Papiernik, Henri Picheral, Jean-Pierre Poullier, Gérard de Pourville, Annie Triomphe, Alain Trognon.

EQUIPE DE RECHERCHE

Directeur	Pierre-Jean Lancry
Directeurs de recherche	Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Simone Sandier.
Maîtres de recherche	Philippe Le Fur, Catherine Sermet, Marie-Jo Sourty-Le Guellec, François Tonnellier.
Chargés de recherche	Agnès Bocognano, Laure Com-Ruelle, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas, Georges Menahem, Valérie Paris, Nadine Raffy, Suzanne Wait.
Attachés de recherche	Fabienne Aguzzoli, Sylvie Dumesnil, Franck Laferté, Sophie Lebreton.
Documentalistes	Agnès Grandin, Nathalie Meunier, Marie-Odile Safon.
Informaticiens	Jacques Harrouin, Thierry Hensgen, Grégory Miaskovski, Catherine Ordonneau, Philippe Roubach.
Assistantes de recherche	Catherine Banchereau, Martine Broïdo, Frédérique Ruchon.
Responsable administratif et financier	Zette Dayan
Cadre administratif	Etiennette Lafille
Comptable	Isabelle Dictus
Secrétaires	Nathalia Batard, Valérie Legros-Collard, Malika Meziane, Michèle Naon, Charlotte Scheiblin.
Conseiller scientifique permanent	Henri Pequignot

Disparités de consommation médicale et état de santé en France*

An Mizrahi
Ar Mizrahi

Biblio n° 1034

Septembre 1994

* *Ce travail a été réalisé en vue de la troisième Conférence Générale de FICOSSER (Helsinki, 6-9 juillet 1994) au cours de laquelle les principaux résultats ont été présentés.*

I.S.B.N. : 2-87812-134-1

Plan

- **Les indicateurs de soins médicaux, de morbidité et de niveau social**

- Les soins de médecin

- Age et profil de soins médicaux

- Les indicateurs de morbidité, pronostic vital et invalidité

- Indicateur de niveau social

- **Disparités socio-économiques de consommation médicale et niveau de morbidité**

- Ensemble des contacts

- Séances de soins de médecin de ville et jours d'hospitalisation

- Séances d'omnipraticien et séances de spécialiste en médecine ambulatoire

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. Il est nécessaire pour cela de bien connaître les obstacles qui freinent ou retardent le recours aux soins ou en interdisent l'utilisation à certains groupes, de manière à tenter de les aider à les surmonter. On cherche ici à déterminer si la moindre consommation médicale des groupes défavorisés¹ se limite aux personnes pas ou peu malades, ou si elle concerne également les personnes souffrant d'affections graves.

Les données analysées sont issues de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux.

Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Réalisée par l'INSEE, en collaboration avec le CREDES pour les aspects médicaux, l'enquête a porté sur un échantillon de 12 000 ménages (20 417 personnes), représentatif de l'ensemble des ménages ordinaires de la France Métropolitaine. Cet échantillon a été réparti en 4 vagues de trois mois, d'avril 1991 à mars 1992.

La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de soins. Chaque ménage enquêté est suivi pendant 12 semaines et reçoit 5 visites d'enquêteur, espacées de 3 semaines. Entre les visites, le ménage remplit un carnet de soins, chaque consommation médicale donnant lieu à une batterie de questions spécifiques. La morbidité est relevée de plusieurs manières complémentaires : déclaration à l'aide d'une liste mnémotechnique, motifs de consommation médicale, d'alitement, d'absentéisme, d'exonération du ticket modérateur, de prestations diverses en espèces ou en nature, réponse à des questions spécifiques des médecins codeurs.

Pour plus de précisions sur la méthodologie, cf. C. SERMET "*Enquête sur la santé et les soins médicaux - 1991-1992 - Méthodologie*" CREDES n° 965. Mars 1993.

On utilise comme indicateurs de consommation médicale, les recours aux médecins, en distinguant la nature du praticien (omnipraticien ou spécialiste) et le lieu des soins (hôpital, cabinet ou domicile du patient). Les profils de consommation médicale diffèrent selon la nature des soins. Pour les personnes âgées, les soins nécessitant le déplacement des patients diminuent et sont relayés par des hospitalisations et des soins à domicile. On définit les indicateurs de morbidité et le profil de la variation des soins médicaux selon le degré de morbidité. L'hospitalisation et les soins à domicile concernent les personnes dont l'état de santé est le plus dégradé.

¹ Cf. P. MORMICHE "Les disparités de recours aux soins en 1991" *Economie et statistiques* n° 265, 1993-5, et, An MIZRAHI, Ar MIZRAHI "*Evolution des disparités socio-économiques dans le recours aux soins de médecin*", communication présentée au Colloque européen "De l'analyse économique aux politiques de santé" Paris, CREDES/CES 1992, n° 949.

La population est répartie en trois catégories : l'une relativement favorisée, l'autre peu favorisée, et la troisième, dite de référence, occupant une position médiane. Les soins médicaux de ces trois catégories sont comparés d'abord tels que, puis redressés par âge et sexe et enfin redressés par la morbidité. Les soins de spécialiste sont davantage consommés par le groupe favorisé, moins consommés par le groupe peu favorisé. L'hospitalisation, et plus encore les soins d'omnipraticien au domicile du patient, compensent en partie ces écarts pour ramener l'écart global (contacts) à 32 %.

Un phénomène de saturation apparaît, avec un faible écart entre le groupe favorisé et le groupe de référence, et au contraire, un fort effet des facteurs défavorisants, avec une sous-consommation de plus du quart par rapport au groupe de référence.

On cherche à déterminer si la plus grande consommation du groupe favorisé et la plus faible consommation du groupe peu favorisé sont uniformes (quel que soit le niveau de la morbidité), ou si l'écart est spécifique des personnes à faible degré de morbidité, l'accès aux soins et leur niveau devenant indépendants du niveau social à partir d'un certain seuil de morbidité. Les résultats sont relativement nuancés, puisque les deux situations coexistent : sous-consommation systématique du groupe peu favorisé, quel que soit le niveau de morbidité, pour les séances de spécialiste et d'omnipraticien dans un local professionnel, rattrapage et substitution partielle par les séances d'omnipraticien au domicile et par les journées d'hospitalisation. Au total, et avec l'hypothèse

un contact = une séance de médecin ou une journée d'hospitalisation,

le nombre de "contacts" par personne et par an n'est pas inférieur pour les niveaux élevés de morbidité du groupe peu favorisé par rapport au groupe de référence.

1. Les indicateurs de soins médicaux, de morbidité et de niveau social

1.1. Les soins de médecin

Les soins de médecin sont en même temps une consommation médicale et, du fait de la prescription, l'intermédiaire obligé pour la plupart des autres catégories de soins. Ils constituent ainsi un élément central et un indicateur de la consommation médicale prise dans son ensemble. Ces soins ne sont cependant pas indifférenciés, et on peut distinguer deux grandes catégories :

- Les soins dispensés en ville (nombre de séances par personne et par an), qui peuvent être ventilés en séances d'omnipraticien au domicile du patient (le médecin se déplace), séances d'omnipraticien dans un local professionnel (le patient se déplace), séances de spécialiste. En moyenne, en 1991, chaque personne a reçu 1,3 séance d'omnipraticien à son domicile, 3 séances d'omnipraticien dans un local professionnel, soit 4,3 séances d'omnipraticien, 3,7 séances de spécialiste, soit au total 8 séances de médecin en pratique ambulatoire (le patient n'est pas hospitalisé).
- **Les soins de médecin aux malades hospitalisés** ne sont pas relevés dans les enquêtes auprès des ménages, car les ménages auraient du mal à les déclarer. En se basant sur une enquête antérieure auprès des personnels des services hospitaliers², on a admis que chaque journée d'hospitalisation donne lieu à une séance de médecin. En moyenne, en 1991, chaque personne a été hospitalisée 1,5 jour correspondant, avec notre hypothèse, à 1,5 séance de médecin. Cette hypothèse est une première approximation car les soins de médecin aux patients hospitalisés dépendent en partie des variables étudiées (morbidité, âge, facteurs socio-économiques).

On appelle "contact médical par personne et par an" la somme des séances ambulatoires de médecin et des journées d'hospitalisation. Chaque personne résidant en France a eu 9,5 contacts médicaux en 1991.

Soulignons que l'enquête est faite auprès des "ménages ordinaires" et contient donc au moins 4 motifs de sous-estimation :

- les personnes résidant en institution spécialisée du fait de leur maladie (personnes âgées, gravement handicapées,...) sont absentes du champ de l'enquête,
- les personnes résidant seules et hospitalisées au moment de l'enquête ne peuvent être contactées,
- les ménages dont un membre est gravement malade, voir décédé, refusent plus souvent que les autres de participer au recueil de l'information,
- les non déclarations par lassitude, négligence ou oubli des ménages participants.

² Cf. An MIZRAHI, Ar MIZRAHI "L'hospitalisation en France - Evolution et perspectives" CREDES n° 648, 1984. Le nombre d'actes par personne hospitalisée et par jour était estimé, à partir de l'enquête nationale du CREDES 1981-1982 sur les hospitalisés, à :

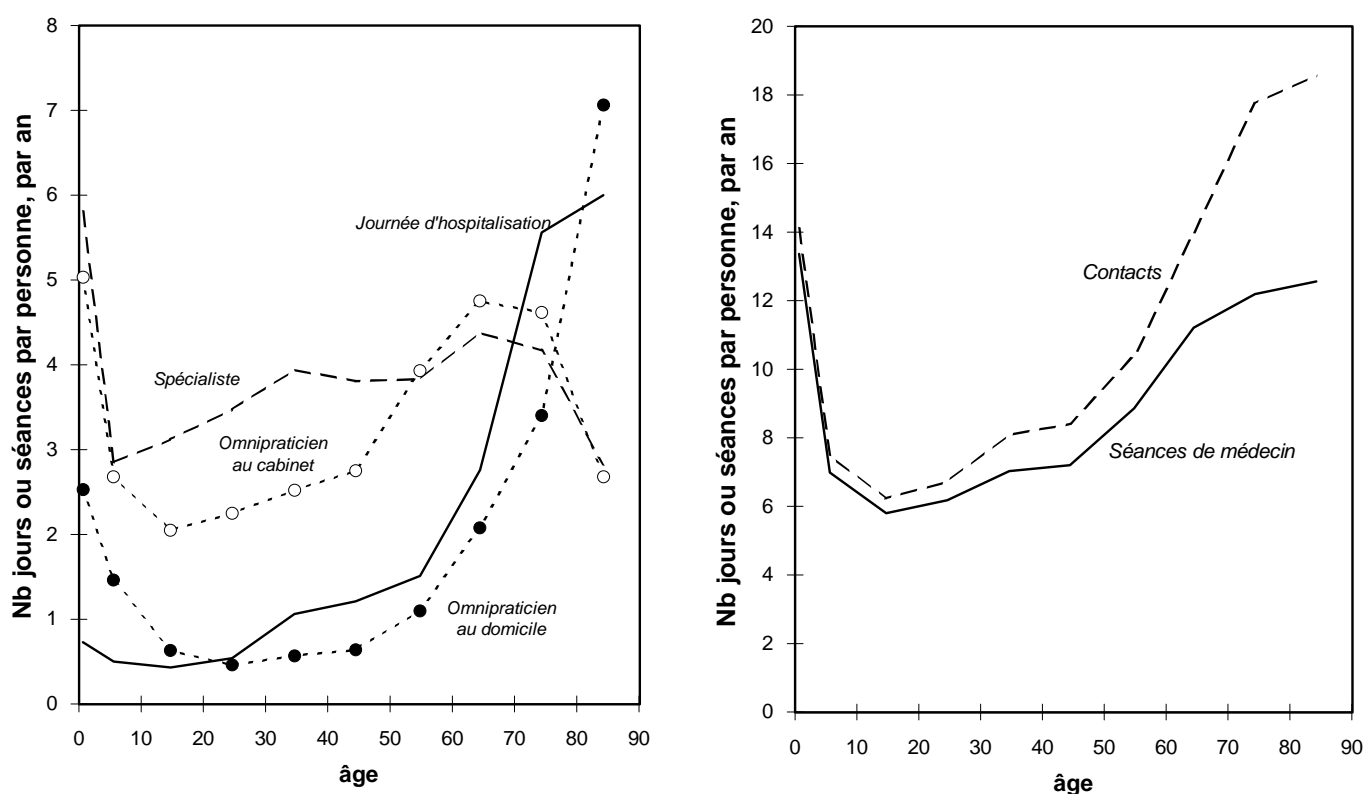
examens par un médecin du service	0,83
autres examens	0,07
acte de radiologie	0,09

1.2. Age et profil de soins médicaux

Chacune des consommations de soins étudiées présente un profil spécifique en fonction de l'âge.

Les séances d'omnipraticien au domicile du patient présentent un profil en J avec deux maxima aux âges extrêmes de la vie, un maximum local chez le nourrisson et un maximum plus important chez les personnes très âgées, avec une croissance de type exponentiel à partir de la classe d'âge 20-29 ans (cf. graphique 1 et, en annexe, tableau 1).

Graphique 1(indicate.xls/indage.xlc/ensage.xlc)
Indicateurs de consommation médicale, selon l'âge
France 1991



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

Le profil des séances d'omnipraticien dans un local professionnel est parallèle à celui des séances au domicile du patient jusqu'à 60 ans environ, puis la courbe s'infléchit pour décroître à partir de 70 ans. Pour les personnes âgées dont certaines ont du mal à se déplacer, les soins au domicile du patient se substituent aux soins dans un local professionnel.

L'ensemble des séances d'omnipraticien présente un profil en U, avec 2 maxima d'importance à peu près égale pour les nourrissons et les personnes très âgées (80 ans et plus).

Le profil des séances de spécialiste s'apparente à celui des séances d'omnipraticien dans un local professionnel, avec cependant une bosse entre 10 et 60 ans, ces soins étant davantage affectés à des adultes jeunes.

On a donc un deuxième phénomène de substitution pour les personnes âgées entre soins d'omnipraticien et soins de spécialiste. Les soins d'omnipraticien au domicile du patient remplaceraient, pour les personnes âgées ne pouvant se déplacer, à la fois les séances d'omnipraticien au cabinet et une partie des séances de spécialiste.

Les soins de médecins aux patients hospitalisés (nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an) présentent un profil de croissance exponentielle avec une très légère décroissance chez l'enfant et un infléchissement³ chez les personnes très âgées.

L'ensemble des soins ambulatoires de médecin suit une courbe en U avec un maximum local pour les nourrissons, puis une décroissance rapide jusqu'à un minimum entre 10 et 20 ans, suivie d'une croissance lente d'abord incurvée vers le haut, plus ralentie après un point d'inflexion vers la soixantaine.

L'ensemble des contacts médicaux présente un profil proche de celui des séances de médecin de ville, maximum local pour les nourrissons, décroissance rapide jusque 10 à 20 ans, croissance incurvée vers le haut et point d'inflexion ; du fait de l'hospitalisation, la croissance du côté des personnes âgées est plus rapide et le point d'inflexion repoussé vers les septuagénaires.

1.3. Les indicateurs de morbidité, pronostic vital et invalidité

A partir de toutes les informations relevées au cours de l'enquête (maladies prévalentes et incidentes, alitement, absentéisme, exonération du ticket modérateur, motifs de soins médicaux, questions des médecins codeurs), chaque personne est positionnée par des médecins selon deux échelles de risque croissant, l'une de décès (pronostic vital) et l'autre d'invalidité.

Ce pronostic est estimé au dernier jour de l'enquête et ne prend en compte les incidents aigus des 3 mois d'observation que pour autant qu'ils peuvent avoir des répercussions futures. Ainsi, on peut observer des consommations en cours d'enquête pour une personne sans maladie au dernier jour, et donc sans risque vital et sans invalidité.

³ *Cet infléchissement, qui ne s'observe pas dans les enquêtes auprès des services hospitaliers, est du à un biais d'observation (les personnes âgées seules ont moins de chance d'être enquêtées, en particulier quand elles sont hospitalisées) et à l'exclusion du champ de l'enquête des personnes âgées en institution.*

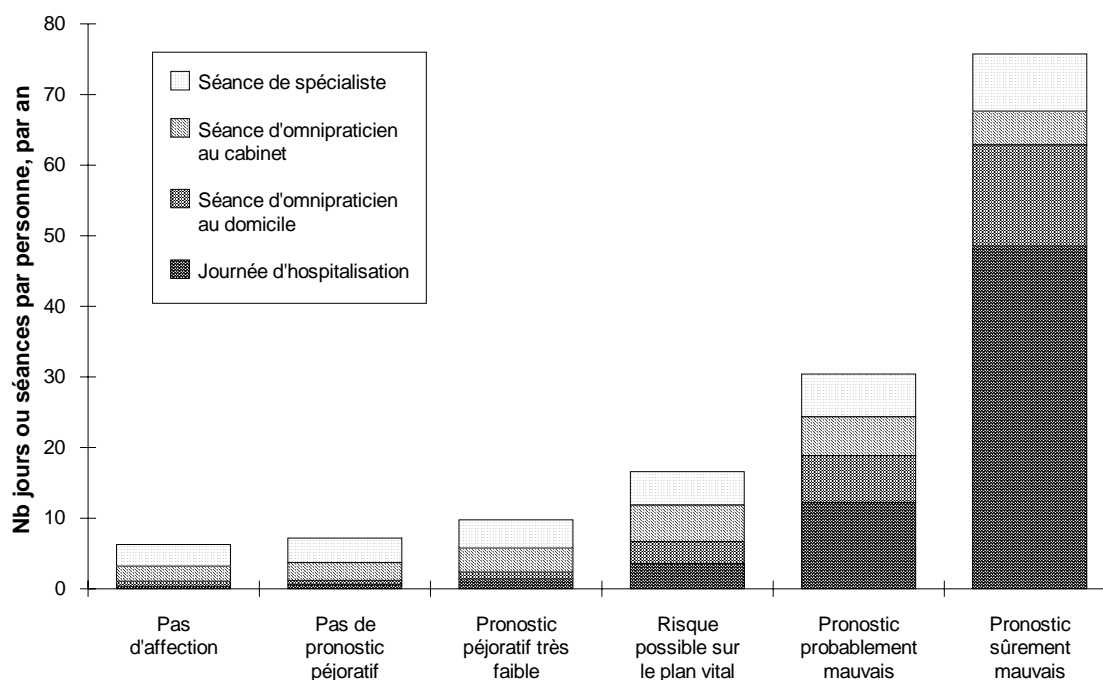
Dès les années 60, sous l'impulsion de Georges Rösch, l'équipe du CREDES a expérimenté des indicateurs individuels de morbidité, basés sur des informations obtenues au cours d'enquêtes détaillées, auprès des ménages, sur la santé et les soins médicaux.

Après diverses tentatives, on a retenu un indicateur à deux dimensions : le risque vital et l'invalidité. C'est une synthèse pronostique des différentes maladies, infirmités et déficiences de chaque enquêté. Ce pronostic, effectué par un médecin, tient compte des connaissances médicales et des traitements disponibles au moment où il est établi. Il est donc daté et situé : pour une observation de 1980, il s'agit du risque vital et de l'invalidité des patients observés en 1980, du fait de leur état de santé, et compte tenu des thérapeutiques disponibles en 1980. Il en est de même pour les patients observés en 1991.

Pour plus de précision, cf. An MIZRAHI, Ar MIZRAHI, "Evolution de l'état de santé : risque vital et invalidité - France 1980-1988" CREDES 1989, n° 814 et M. MAGDELAINE, AN MIZRAHI, Ar MIZRAHI, G. RÖSCH, "Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale" Consommation n°2, 1967, n° 137.

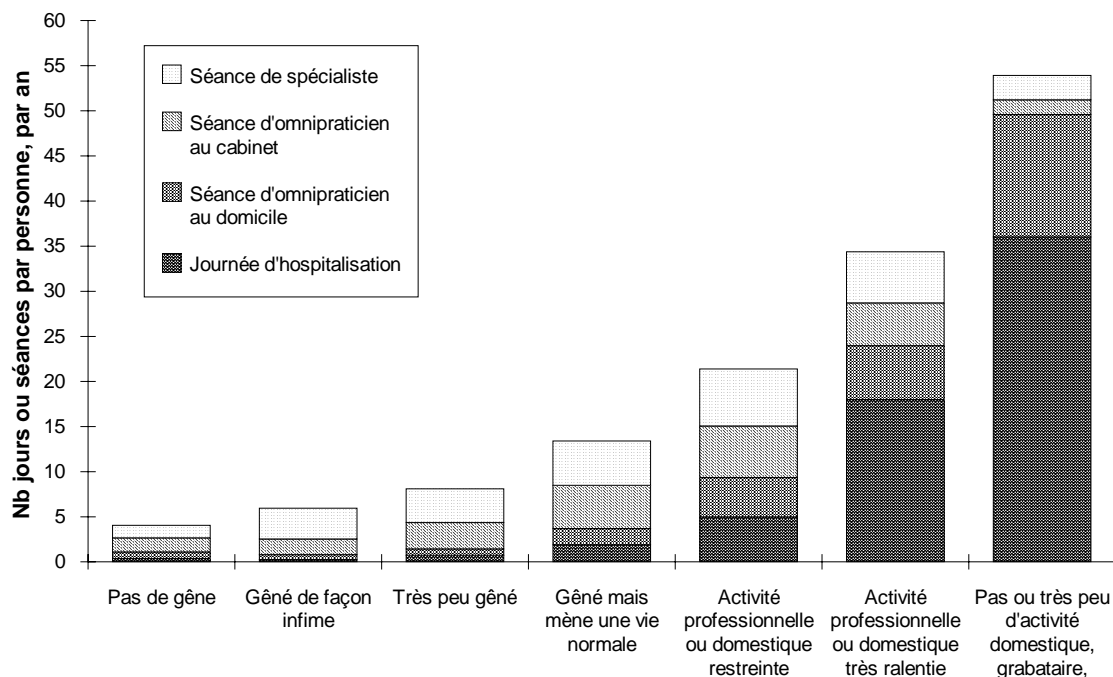
Le nombre de contacts médicaux par personne et par an augmente avec le degré de morbidité (cf. graphiques 2 et 3). Il passe de 6,3 à 75,7 pour les classes extrêmes de pronostic vital, et de 4,1 à 54,0 pour celles d'invalidité, soit des écarts de 1 à 12 et de 1 à 13 (cf. annexe, tableaux 2 et 3).

Graphique 2(indicat.xls/indr.v.xls)
Indicateurs de consommation médicale, selon le risque vital
France 1991



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

Graphique 3(indicat.xls/indinv.xls)
Indicateurs de consommation médicale, selon l'invalidité
 France 1991



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

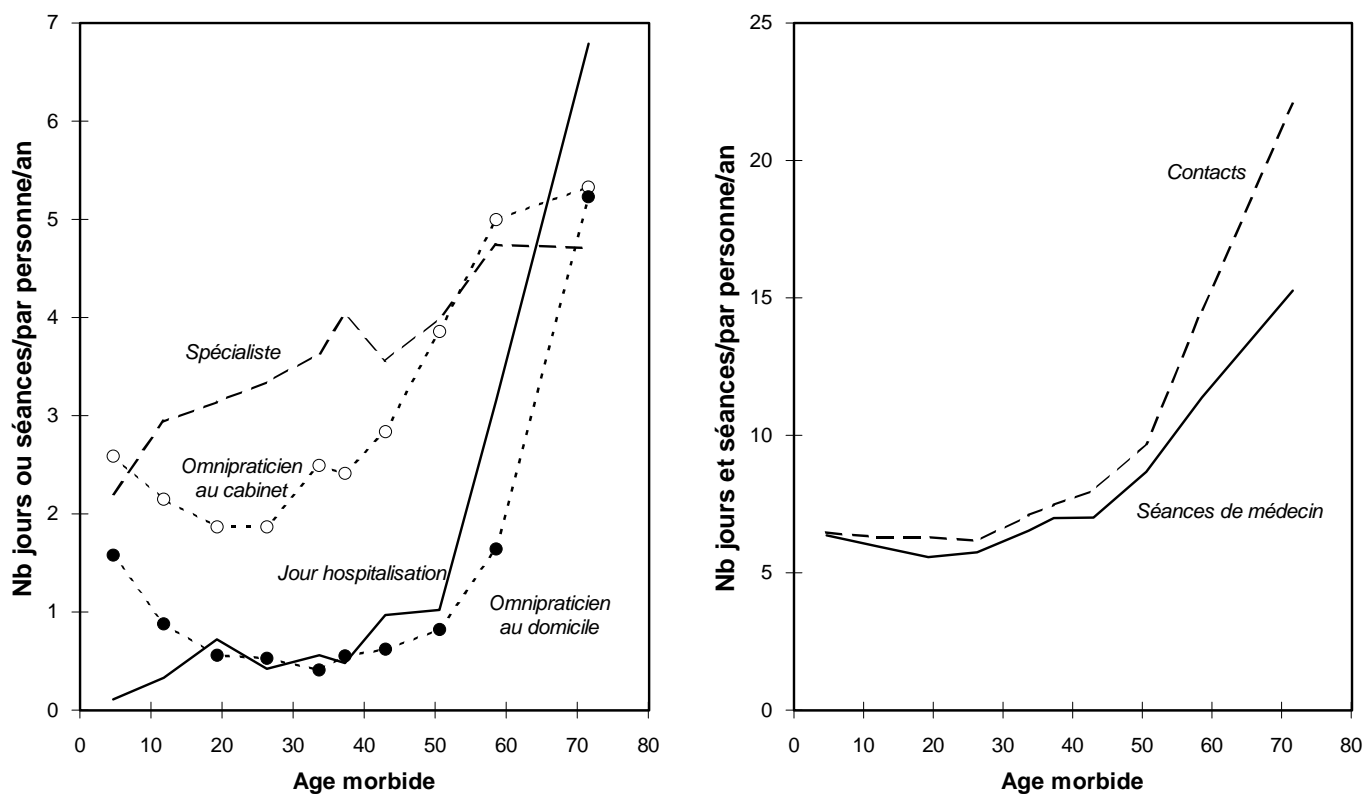
Comme pour l'âge, la structure de cette consommation varie selon le niveau de l'indicateur de morbidité : lorsque le niveau de l'indicateur est faible (pas d'affection, pas de gêne, pas de pronostic péjoratif, gêne infime,...), les contacts sont essentiellement constitués de séances de médecin (généraliste ou spécialiste) dans un local professionnel (73 % de l'ensemble des contacts). Lorsque le niveau de morbidité s'aggrave, ces soins sont relayés par des séances au domicile du patient et par des journées d'hospitalisation (les séances dans un local professionnel ne représentent plus que 8 % de l'ensemble des contacts).

Pour appréhender l'état de santé d'un enquêté en un seul paramètre, on définit l'âge morbide, une variable qui prend en compte simultanément, l'âge, le risque vital et l'invalidité. L'âge morbide d'une personne est égal à son âge calendaire augmenté ou diminué d'un nombre d'années proportionnel à l'écart de son risque vital et de son invalidité au risque vital et à l'invalidité de sa classe d'âge. L'âge morbide correspond à la notion intuitive de personnes "prématurément vieilles" ou "encore jeunes pour leur âge", du fait de leur état de santé⁴.

⁴ Pour plus de précisions, cf. MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988 - 1991* CREDES, 1994/01, n°999.

Si on ventile l'âge morbide en 10 classes de même effectif, le nombre de contacts annuels par personne augmente avec l'âge morbide de 6,5 à 22,1 soit un écart de 1 à 3,4⁵ (cf. graphique 4 et, en annexe, tableau 4).

Graphique 4(Indicat.xls/indagmo.xls/ensagmo.xls)
Indicateurs de consommation médicale, selon l'âge morbide
France 1991



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

⁵ Pour un échantillon de 20 412 personnes, chaque classe d'âge morbide comprend plus de 2 000 personnes, alors que dans les ventilations par risque vital et invalidité, les classes de forte morbidité n'en comprennent que quelques dizaines.

1.4. Indicateur de niveau social

Pour faire ressortir les difficultés d'accès aux soins médicaux, nous avons isolé trois catégories de sous-populations :

- **un groupe relativement favorisé**, constitué des personnes appartenant à des ménages dont la personne de référence est cadre supérieur ou moyen, dont le revenu mensuel est supérieur à 19 000 francs⁶ par mois et dont le revenu mensuel par UC⁷ est supérieur à 6 396 francs. Ce groupe comprend 1 650 personnes ;
- **un groupe peu favorisé**, constitué des personnes appartenant à des ménages dont la personne de référence est ouvrier, employé, exploitant agricole, indépendant ou inactif, dont le revenu mensuel est inférieur à 15 500 francs par mois, dont le revenu mensuel par UC est inférieur à 4 873 francs et n'ayant pas de couverture complémentaire à celle de la Sécurité sociale⁸ ; ce groupe comprend 1 750 personnes ;
- **les personnes appartenant aux autres ménages sont considérées comme groupe de référence**. Ce groupe comprend 16 992 personnes.

Dans la suite du texte, pour simplifier l'écriture, on mentionnera "favorisés", "peu favorisés" ou "groupe de référence".

Les structures par âge et par morbidité sont différentes pour les trois groupes. Les "favorisés" sont plus jeunes et, à âge égal, en meilleure santé, et inversement, les "peu favorisés" sont plus âgés et, à âge égal, en moins bonne santé. Pour effectuer des comparaisons se rapprochant de la notion "à besoin équivalent", il est donc nécessaire d'opérer des redressements. Les redressements par âge et sexe (standardisation) et par morbidité modifient la situation relative des différents groupes quant à leurs consommations médicales.

La philosophie du redressement (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". Le redressement est donc généralement fait par âge et sexe. On dispose ici d'une mesure directe de la morbidité, et deux redressements sont présentés, l'un par âge et sexe, l'autre par âge morbide (âge corrigé de la morbidité).

⁶ En francs courants pour la période 1991-1992.

⁷ Unité de Consommation : le premier adulte compte pour 1, les autres adultes pour 0,7, les enfants pour 0,5.

⁸ En France, la Sécurité sociale prend en charge une partie des dépenses médicales, variable selon les cas ; plus de 80 % des personnes disposent d'une couverture complémentaire (mutuelle ou assurance privée) complétant totalement ou en partie les prestations de la Sécurité sociale.

2. Disparités socio-économiques de consommation médicale et niveau de morbidité

Les phénomènes de sous-consommation médicale des personnes peu favorisées, déjà relevés dans les précédentes enquêtes auprès des ménages⁹ sont-ils le fait des personnes en relativement bonne santé (lacune de prévention ou surconsommation des groupes favorisés, ...), disparaissant lorsque la maladie devient grave ? Ou augmentent-ils avec l'importance des soins nécessaires ?

Dans les ventilations selon le risque vital et l'invalidité, les effectifs dans les classes de niveau élevé de morbidité sont faibles et les nombres de contacts des différents types ne permettent pas de formuler de conclusion¹⁰. Les comparaisons de consommations médicales sont faites selon l'âge morbide, variable continue et sur laquelle peuvent être construites des classes de taille égale : la population de référence (16 997 personnes) est ventilée en 16 classes d'âge morbide, toutes de plus de 1 000 personnes, et les groupes "favorisé" (1 650 personnes) et "peu favorisé" (1 755 personnes) sont ventilés en 7 classes d'âge morbide, toutes de plus de 200 personnes.

2.1. Ensemble des contacts

Le groupe de référence a bénéficié du plus grand nombre de contacts avec un médecin, par personne et par an (9,9), le groupe peu favorisé se situant 25 % au-dessous (7,4) et le groupe favorisé 13 % au-dessous (8,7). Après élimination de l'effet dû aux différences de structure par âge et sexe, la consommation du groupe favorisé se rapproche du groupe de référence, celle du groupe peu favorisé lui restant inférieure de 25 %. Après élimination des effets conjoints de l'invalidité, du pronostic vital et de l'âge (redressement par âge morbide) la consommation médicale du groupe favorisé surpasse celle du groupe de référence, et celle du groupe peu favorisé reste inférieure de plus de 25 % (cf. graphique 5 et, en annexe, tableau 5).

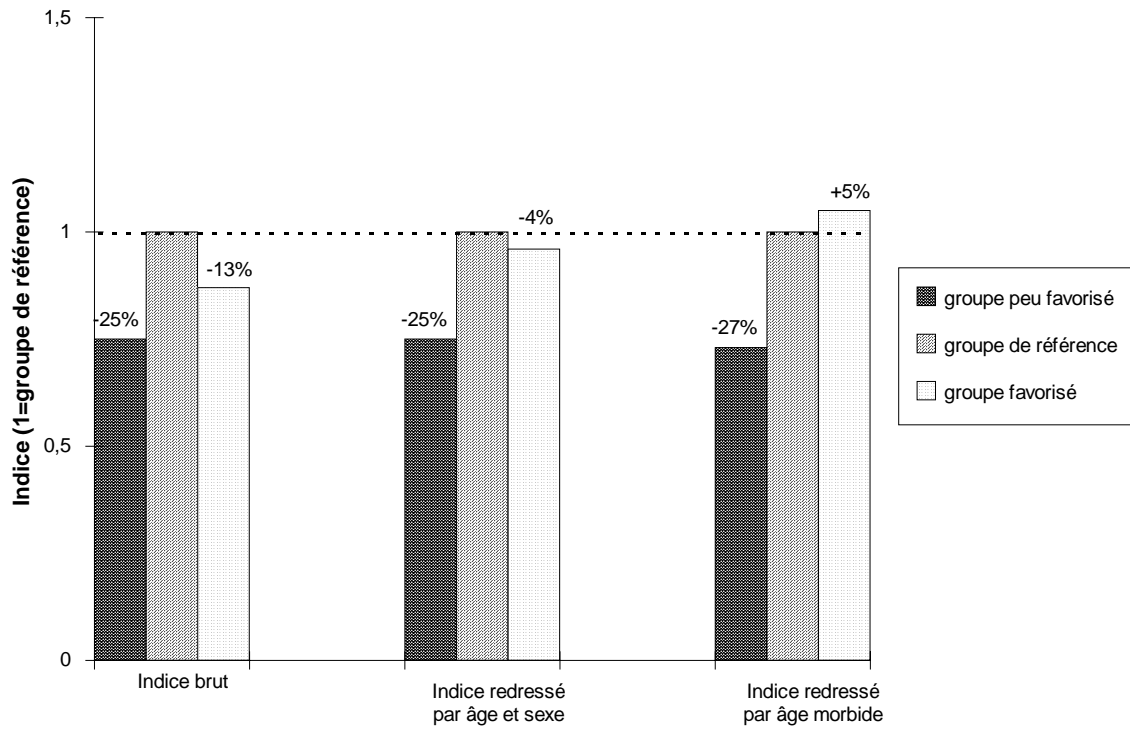
Ainsi, le cumul des facteurs défavorisants entraîne une diminution non négligeable du nombre de "contacts médicaux", alors que le cumul des facteurs favorisants n'entraîne pas d'augmentation de ce même nombre.

Le nombre de "contacts médicaux" selon l'âge morbide des "favorisés" est proche de celui du groupe de référence, sauf pour les 2 classes d'âge morbide les plus élevées pour lesquelles il est plus élevé, ce qui explique le léger écart d'indice redressé (0,05) ; la moindre consommation des favorisés en valeurs brutes résulte du meilleur état de santé de ce groupe. Les "contacts médicaux" des "peu favorisés" par contre, très nettement inférieurs à ceux du groupe de référence pour les âges morbides inférieurs à 40 ans environ, s'en rapprochent pour même les dépasser après 65 ans (cf. graphique 6 et, en annexe, tableau 6).

⁹ Cf. MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *Evolution à long terme des disparités des dépenses médicales - France 1960, 1970, 1980*. CREDES, 1986/12, n° 721.

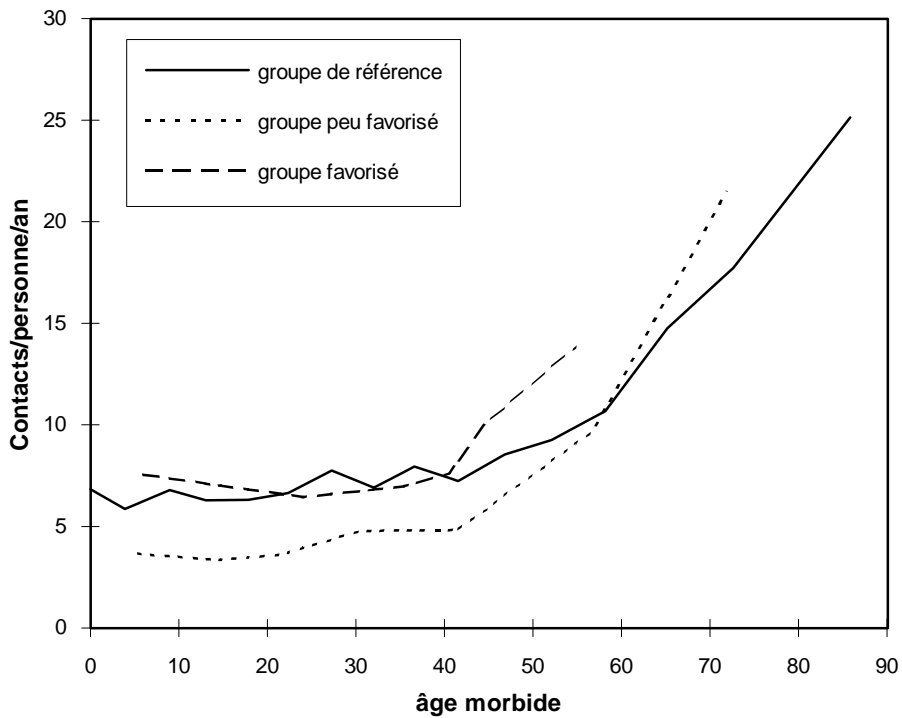
¹⁰ Cf. *tableaux statistiques en annexe*.

Graphique 5(helsin4.xls/indcont.xlc)
Les contacts médicaux par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

Graphique 6(contacts.xls/graph1)
Les contacts médicaux par catégorie sociale et âge morbide
France 1991



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

2.2. Séances de soins de médecin de ville et jours d'hospitalisation

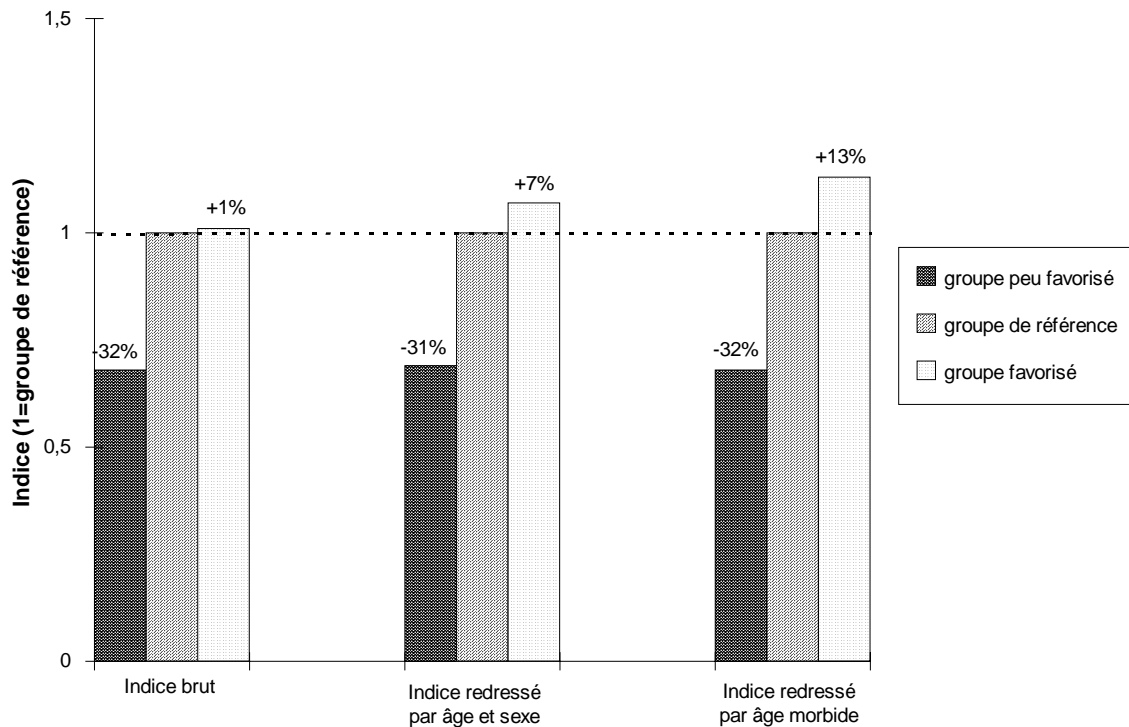
Le nombre de contacts est obtenu en ajoutant les séances de médecin de ville et les jours d'hospitalisation. Or ces deux variables varient de manière inverse selon la catégorie sociale.

Les séances de médecin de ville, qui constituent 84 % des contacts, varient comme eux, mais les différences entre groupes sont encore plus accentuées : la sous-consommation des "peu favorisés" est de l'ordre de 32 %, en brut comme en redressé, alors que les "favorisés" ont un nombre de séances de médecin de ville supérieur de 13 % à celui du groupe de référence, si l'on tient compte des différences de morbidité. Entre les "peu favorisés" et les "favorisés", l'écart relatif du nombre de séances de médecin de ville, par personne et par an, atteint 45 % (cf. graphique 7).

La plus forte consommation de séances de médecin des "favorisés" se manifeste en début et en milieu de courbe, alors que les deux courbes sont confondues (aux aléas près) pour les valeurs moyennes de l'indicateur de morbidité.

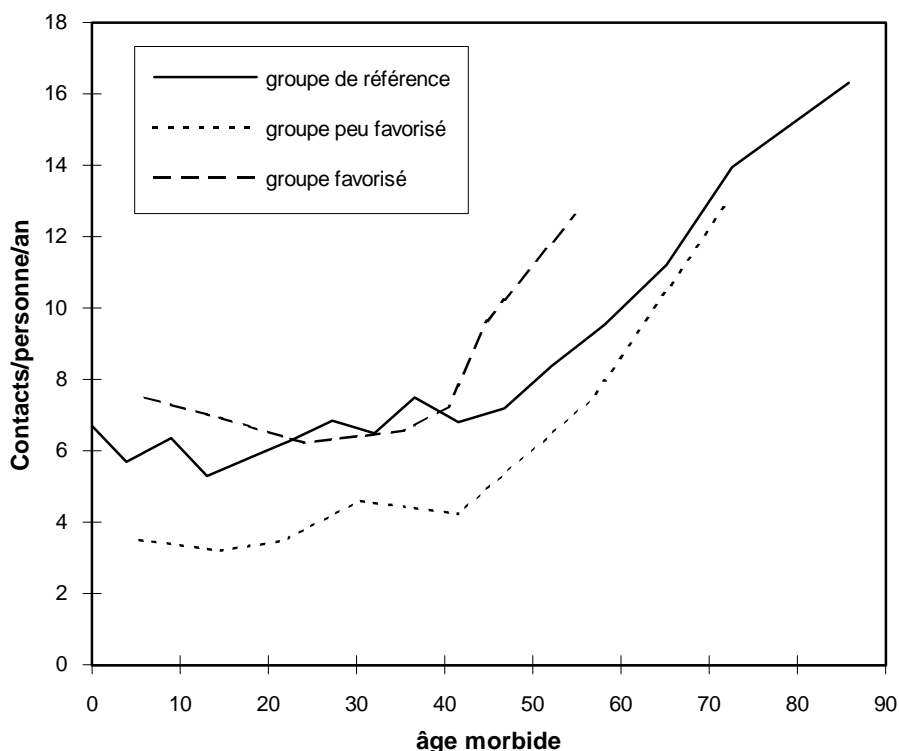
Le profil de consommation des "peu favorisés" est différent, faible pour les petites valeurs d'âge morbide, il se rapproche du groupe de référence pour les morbidités élevées, tout en lui restant inférieur : il semble bien que la sous-consommation de soins de médecin de cette population relativement peu favorisée diminue lorsque la morbidité s'aggrave (cf. graphique 8).

Graphique 7(helsin4.xls/indmed.xlc)
Les soins de médecin par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

Graphique 8(med.xls/graph1)
Séances de médecin par catégorie sociale et âge morbide
France 1991



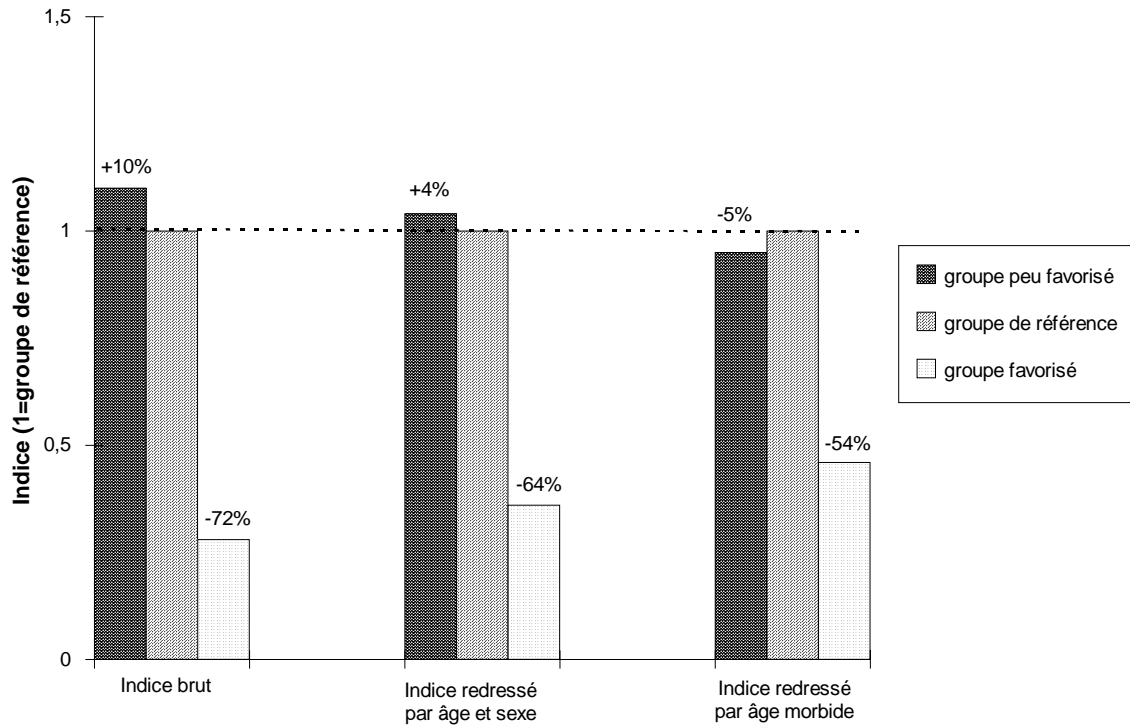
Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Le nombre de jours d'hospitalisation varie, selon les groupes sociaux, en sens inverse des séances de médecin : il passe de 1,8 jour, par personne et par an, pour les "peu favorisés" à 0,4 jour pour les "favorisés". Les redressements par âge et sexe et par âge morbide réduisent ces différences, mais les écarts restent considérables (cf. graphique 9).

Cette variation opposée des soins ambulatoires et hospitaliers met en évidence le rôle substitutif aux soins de ville que conserve l'hospitalisation pour les personnes appartenant aux groupes "défavorisés".

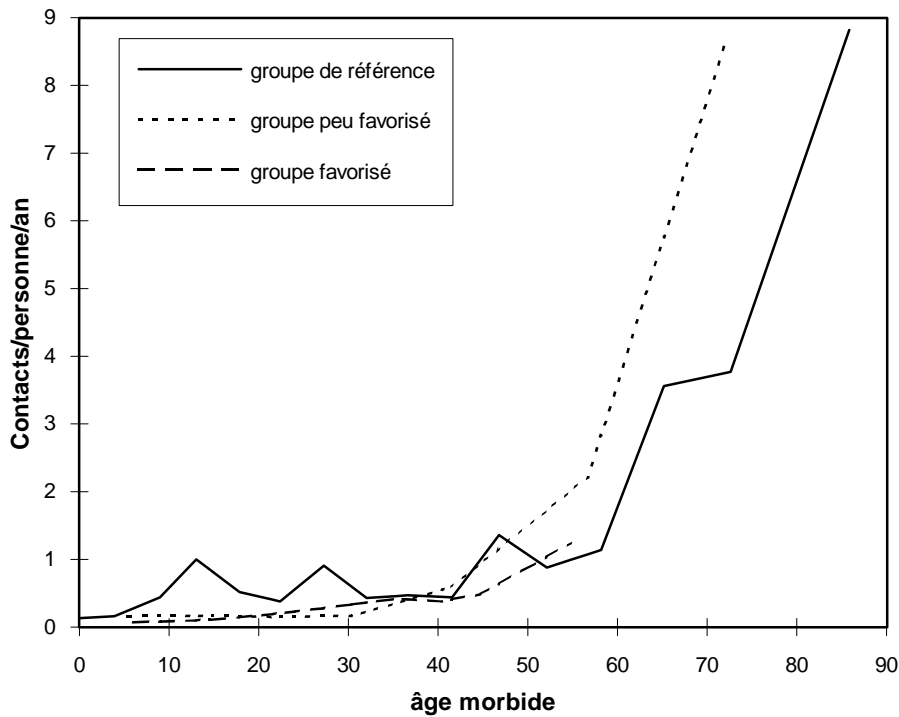
Les effectifs d'hospitalisés sont très réduits et, du fait des effets de grappe (une personne hospitalisée l'est en général pour plusieurs jours), cette variable est très dispersée. Il semble cependant que l'hospitalisation des "favorisés" soit systématiquement au-dessous de celle du groupe de référence : très fortement pour les âges morbides faibles (au-dessous de 30 ans), elle s'en rapproche au-delà. Cette position de la courbe explique la faible valeur de l'indice redressé par âge morbide. L'hospitalisation des "peu favorisés", par contre, est très nettement basculée par rapport à celle du groupe de référence : inférieure avant 40 ans d'âge morbide, supérieure après 50 ans, le rôle substitutif de l'hôpital ne se manifeste que pour les valeurs élevées de l'indicateur de morbidité (cf. graphique 10).

Graphique 9(helsin4.xls/indhosp.xls)
Les jours d'hospitalisation par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

Graphique 10(hospit.xls/graph1)
Les jours d'hospitalisation par catégorie sociale et âge morbide
France 1991



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

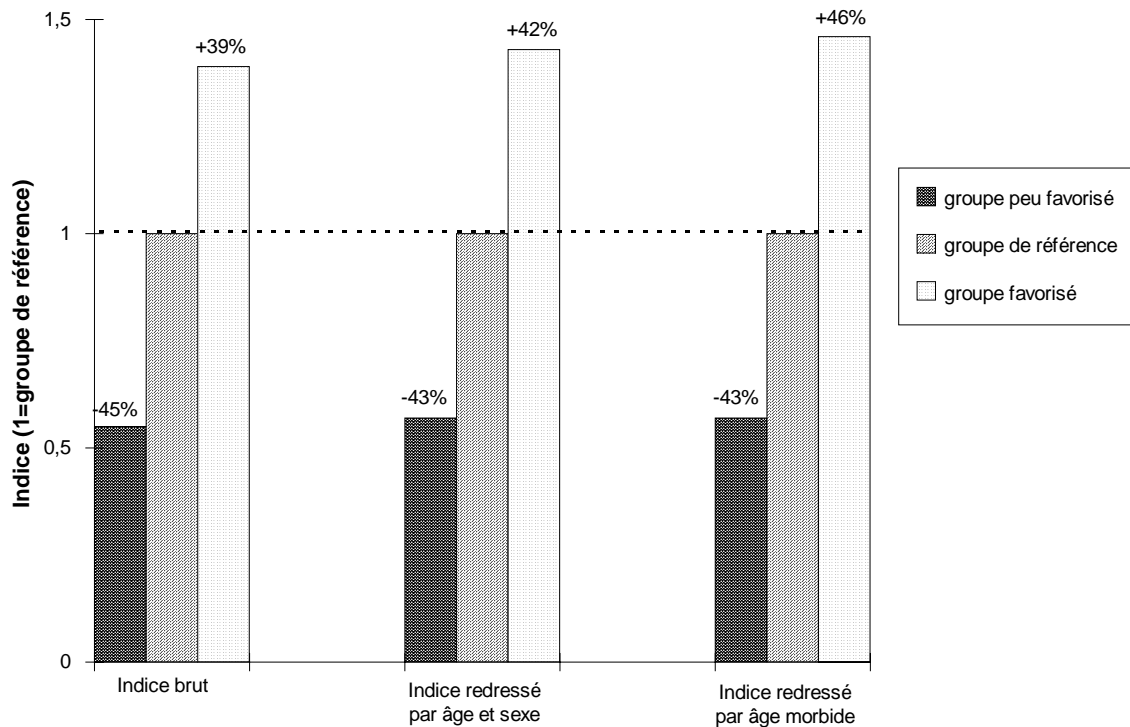
2.3. Séances d'omnipraticien et séances de spécialiste en médecine ambulatoire

Les soins de médecin se décomposent en séances de spécialiste (46 %) et séances d'omnipraticien (54 %).

Les soins de spécialiste sont les plus sensibles aux facteurs socio-économiques et sont des consommations de "favorisés" : + 39 % en nombre brut et + 46 % après redressement par âge morbide, alors que les "peu favorisés" accusent une sous-consommation de plus de 45 % en nombre brut et de 43 % après redressement par âge morbide. L'écart relatif entre les deux groupes sociaux est proche de 90 % (cf. graphique 11).

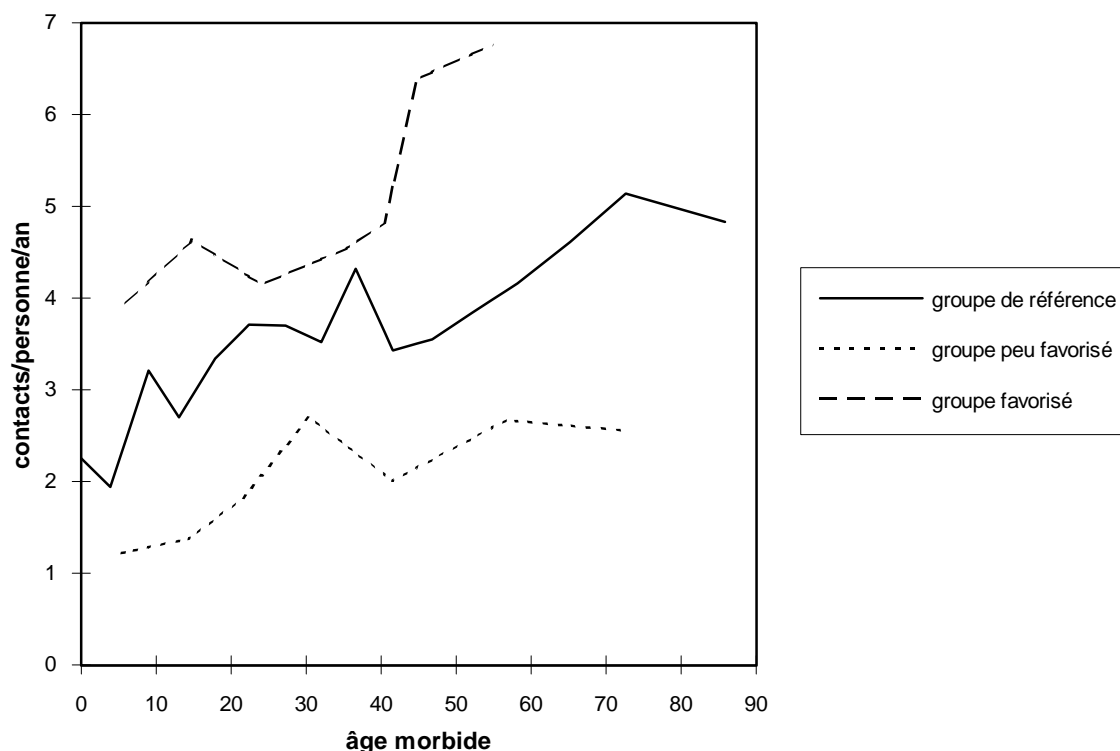
Pour toutes les classes d'âge morbide, la consommation de soins de spécialiste est plus importante pour les "favorisés" que pour le groupe de référence et pour ce dernier que pour les "peu favorisés". Aucune diminution de ces écarts n'apparaît pour les niveaux forts de l'indicateur de morbidité (les courbes semblent même diverger) (cf. graphique 12).

Graphique 11(helsin4.xls/indspe.xlc)
Les soins de spécialiste par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

Graphique 12(spe.xls/graph1)
Les soins de spécialiste par catégorie sociale et âge morbide
France 1991

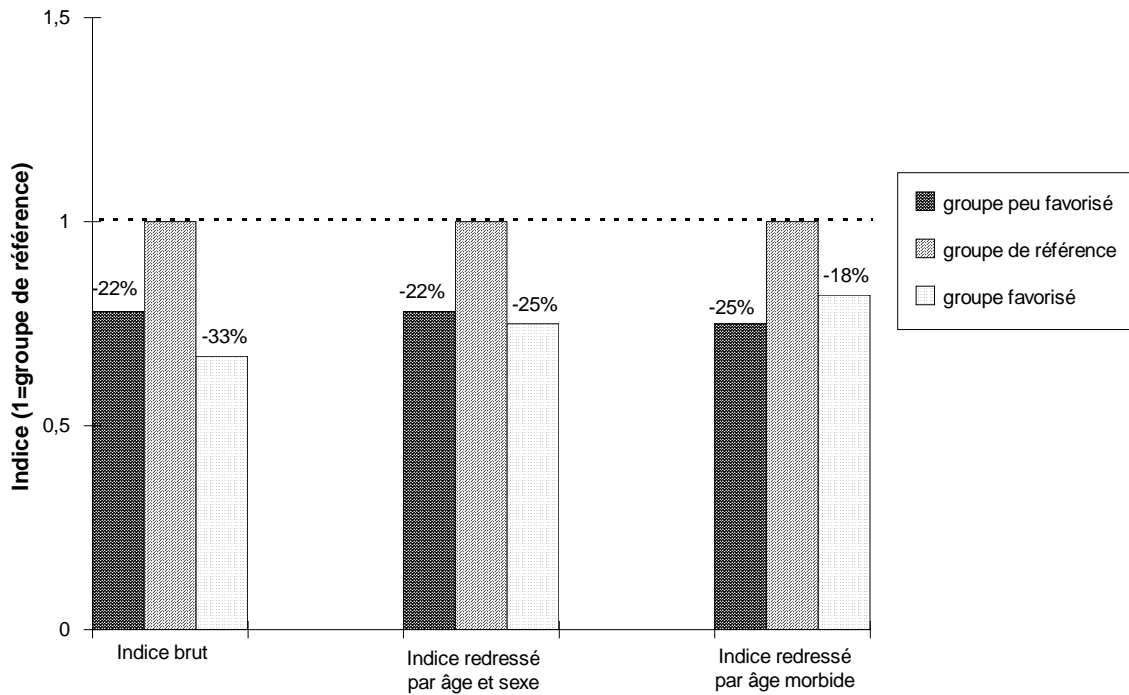


Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992

Pour les soins d'omnipraticien, la consommation du groupe de référence est la plus importante et un double phénomène apparaît : sous-consommations simultanées des "peu favorisés", compensée en partie par de l'hospitalisation, et des "favorisés", compensée par des soins de spécialiste (cf. graphique 13)

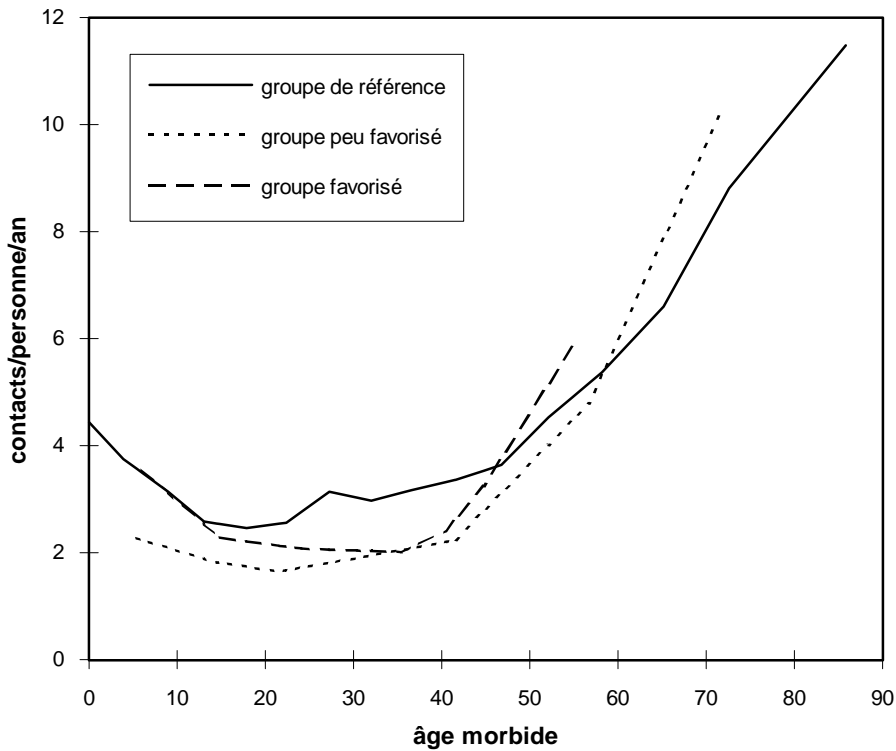
La plus grande consommation du groupe de référence apparaît surtout aux âges morbides inférieurs à 40 ans (cf. graphique 14).

Graphique 13(helsin4.xls/indomni.xls)
Les soins d'omnipraticien par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

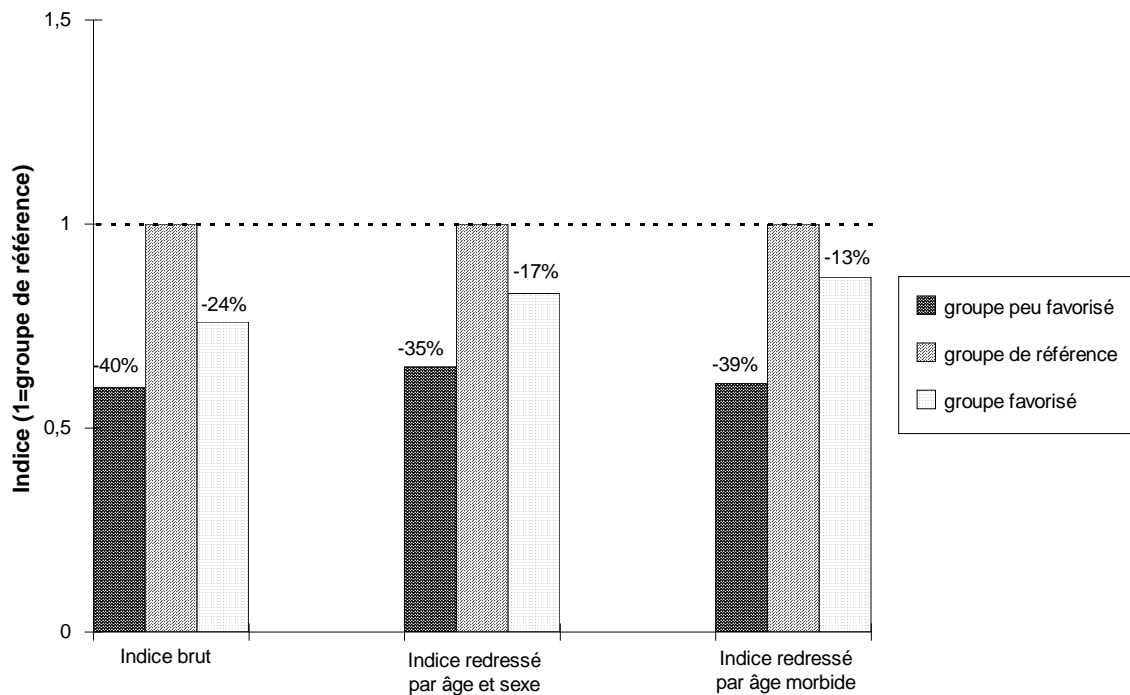
Graphique 14(gene.xls/graph1)
Les soins d'omnipraticien par catégorie sociale et âge morbide
France 1991



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

70 % des séances d'omnipraticien ont lieu dans un local professionnel et 30 % au domicile du patient. Quoique dans des proportions différentes, la consommation de séances d'omnipraticien dans un local professionnel se rapproche de celle des séances de spécialiste (cf. graphique 15), alors que la consommation des séances d'omnipraticien au domicile du patient se rapproche de celle de l'hospitalisation : maximum pour les "peu favorisés", minimum pour les "favorisés", rapporté au nombre de séances du groupe de référence, l'écart entre les deux groupes sociaux atteint 75 % ; quoiqu'il ne soit pas renversé par les redressements, cet écart est réduit à respectivement 50 % après redressement par âge et sexe et 40 % après redressement par âge morbide.

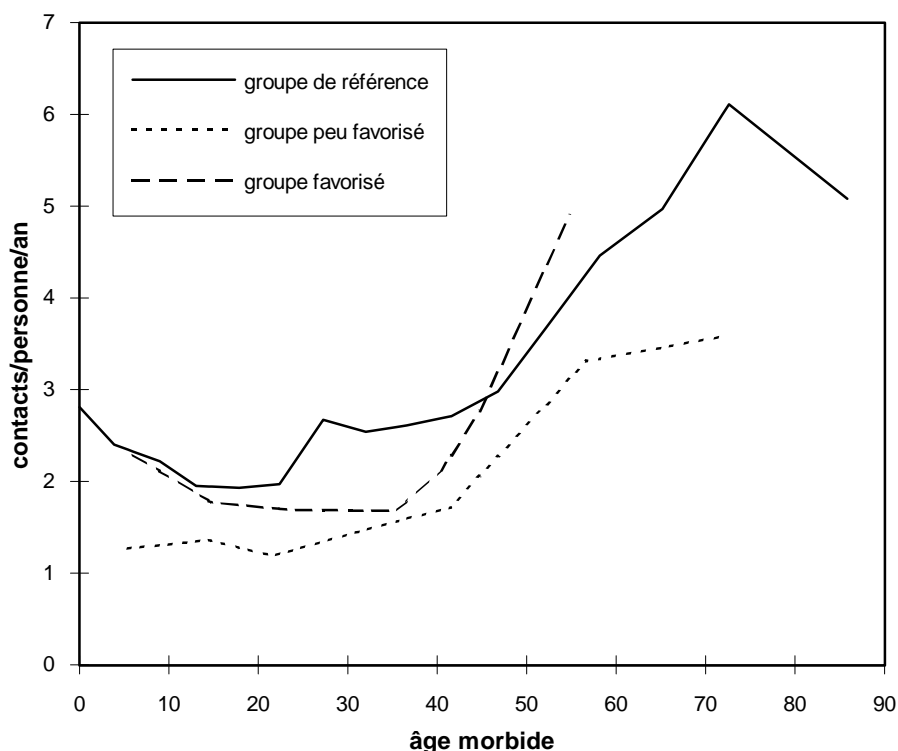
Graphique 15(helsin4.xls/indomlp.xls)
Séances d'omnipraticien dans un local professionnel, par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
France 1991



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

Les séances d'omnipraticien dans un local professionnel, selon l'âge morbide, sont maximales pour le groupe de référence et systématiquement minimales pour les "peu favorisés" (cf. graphique 16)

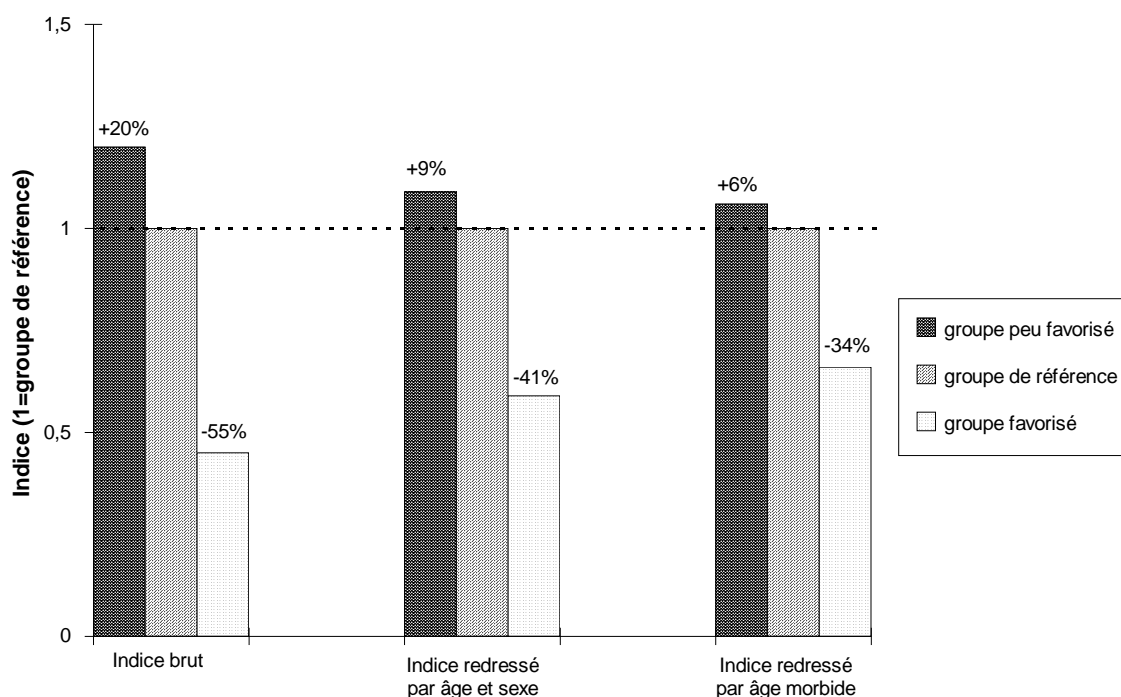
Graphique 16(genec.xls/graph1)
Séances d'omnipraticien dans un local professionnel, par catégorie sociale et âge morbide
France 1991



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

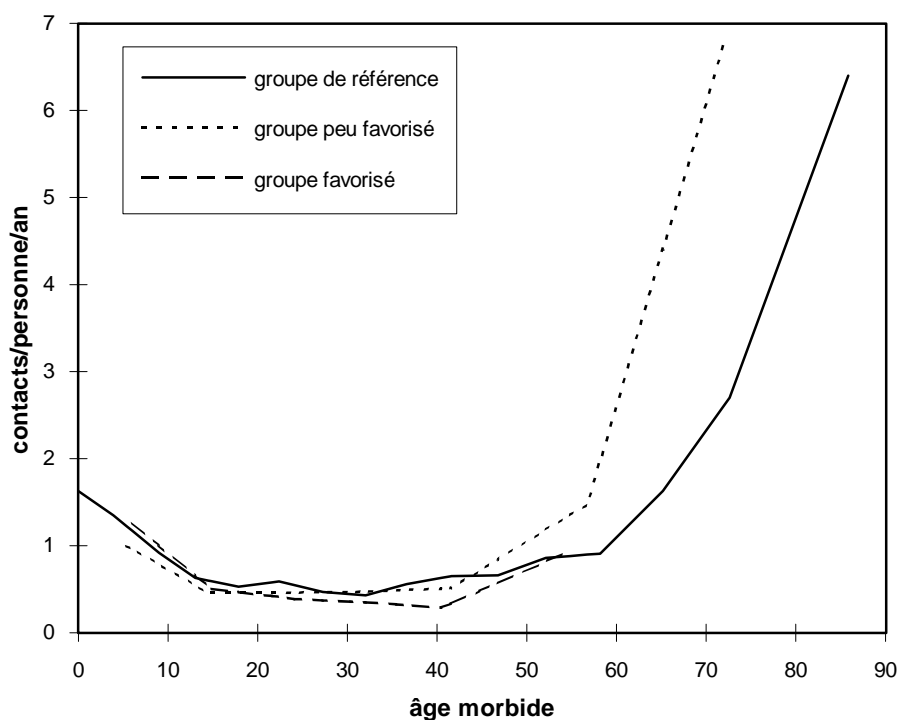
Pour les séances d'omnipraticien au domicile du patient, les consommations des groupes "favorisés" et "de référence" sont quasiment confondues (aux aléas près), la moindre consommation globale des "favorisés" (cf. graphique 17) résultant de leur meilleur état de santé. Le profil de consommation des "peu favorisés" bascule par rapport à celui du groupe de référence, entre les classes d'âge morbide 30-50 ans. Comme pour l'hospitalisation, les soins d'omnipraticien au domicile du patient jouent pour les "peu favorisés" un rôle de substitution aux soins de spécialiste et d'omnipraticien dans un local professionnel. Cette fonction cependant ne se manifeste qu'à partir d'un certain niveau de gravité de la morbidité (cf. graphique 18).

Graphique 17(helsin4.xls/indomdom.xls)
Séances d'omnipraticien au domicile du patient, par catégorie sociale, indice brut, redressé par âge et sexe et par âge morbide
 France 1991



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

Graphique 18(genev.xls/graph1)
Séances d'omnipraticien au domicile du patient, par catégorie sociale et âge morbide
 France 1991



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

De cette analyse, trois conclusions peuvent être tirées :

1. Globalement, on n'observe pas de différence importante du nombre de contacts entre le groupe favorisé et la population de référence : il semble qu'on atteigne à une saturation, et l'accroissement des soins de spécialiste se fait au détriment des soins d'omnipraticien et de l'hospitalisation.
2. Certaines catégories de contacts des patients avec les médecins, qui diminuent lorsque le niveau social est moins favorisé, séances de spécialiste ou d'omnipraticien dans un local professionnel, sont compensées par des soins davantage consommés par les personnes peu favorisées, journées d'hospitalisation et séances d'omnipraticien au domicile du patient.
3. Ce rôle substitutif ne fonctionne que pour les valeurs élevées de l'indicateur de morbidité, les soins précoces (la prévention, primaire ou secondaire ?) étant bien plus dispersés que les soins aux personnes gravement malades. Cette sous-consommation du groupe peu favorisé peut-elle être considérée comme une des causes de son moins bon état de santé ?

* * *

Bibliographie des ouvrages cités dans le texte

MAGDELAINE M., MIZRAHI An, MIZRAHI Ar, RÖSCH G., Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale. *"Consommation."*, 1967, CREDOC n° 137.

MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *L'hospitalisation en France : évolution et perspectives*. CREDOC n° 648, 1984/9.

MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *Evolution à long terme des disparités des dépenses médicales - France 1960, 1970, 1980*. CREDES n° 721, 1986/12.

MIZRAHI An., MIZRAHI Ar., *Evolution de l'état de santé : risque vital et Invalidité - France 1980-1988*. CREDES n° 814, 1989.

MIZRAHI An, MIZRAHI Ar., *Evolution des disparités socio-économiques dans le recours aux soins de médecin*. **Colloque européen "De l'analyse économique aux politiques de santé"** Paris, CREDES/CES, CREDES n° 949, 1992/12.

SERMET C., *Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991 - 1992 : méthodologie*. CREDES n° 965, 1993/4.

MORMICHE P., Les disparités de recours aux soins en 1991. *"Economie et Statistiques"* n° 265, 1993/5.

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, 1994/01.

ANNEXE

Tableau 1
Indicateurs de consommation médicale selon l'âge
Nombre de jours ou de séances, par personne, par an
 France 1991

Age	Effectif	Séances d'omnipraticien au cabinet	Séances d'omnipraticien au domicile	Séances d'omnipraticien	Séance de spécialiste	Séances de médecin (ensemble)	Journées d'hospitalisation	Nombre de contacts médicaux
< 2 ans	589	5,0	2,5	7,6	5,8	13,4	0,7	14,1
2-9 ans	2 377	2,7	1,5	4,1	2,9	7,0	0,5	7,5
10-19 ans	2 956	2,1	0,6	2,7	3,1	5,8	0,4	6,2
20-29 ans	2 767	2,3	0,5	2,7	3,5	6,2	0,5	6,7
30-39 ans	3 196	2,5	0,6	3,1	3,9	7,0	1,1	8,1
40-49 ans	2 741	2,8	0,6	3,4	3,8	7,2	1,2	8,4
50-59 ans	2 132	3,9	1,1	5,0	3,8	8,9	1,5	10,4
60-69 ans	2 006	4,8	2,1	6,8	4,4	11,2	2,8	14,0
70-79 ans	1 091	4,6	3,4	8,0	4,2	12,2	5,6	17,8
80 ans et plus	547	2,7	7,1	9,7	2,8	12,6	6,0	18,6
Ensemble	20 402	3,0	1,3	4,3	3,7	8,0	1,5	9,5

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

Tableau 2
Indicateurs de consommation médicale selon le risque vital
Nombre de jours ou de séances, par personne, par an
 France 1991

Risque vital	Effectif	Séances d'omnipraticien au cabinet	Séances d'omnipraticien au domicile	Séances d'omnipraticien	Séances de spécialiste	Séances de médecin (ensemble)	Journées d'hospitalisation	Nombre de contacts
Pas d'affection	8 867	2,1	0,8	2,9	3,1	6,0	0,3	6,3
Pas de pronostic péjoratif	3 638	2,5	0,6	3,1	3,5	6,6	0,6	7,2
Pronostic péjoratif très faible	4 481	3,4	1,0	4,4	4,0	8,4	1,4	9,8
Risque possible sur le plan vital	2 946	5,2	3,1	8,3	4,7	13,0	3,6	16,6
Pronostic probablement mauvais	413	5,5	6,7	12,2	6,0	18,2	12,2	30,4
Pronostic sûrement mauvais	57	4,8	14,4	19,1	8,1	27,2	48,5	75,7
Ensemble	20 402	3,0	1,3	4,3	3,7	8,0	1,5	9,5

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

Tableau 3
Indicateurs de consommation selon l'invalidité
Nombre de jours ou de séances, par personne, par an
 France 1991

Invalidité	Effectif	Séances d'omnipraticien au cabinet	Séances d'omnipraticien au domicile	Séances d'omnipraticien	Séances de spécialiste	Séances de médecin (ensemble)	Journées d'hospitalisation	Nombre de contacts
Pas de gêne	4 153	1,6	0,7	2,3	1,4	3,7	0,4	4,1
Gêné de façon infime	4 796	1,8	0,6	2,3	3,4	5,7	0,2	6,0
Très peu gêné	5 214	2,9	0,7	3,6	3,7	7,4	0,7	8,1
Gêné mais mène une vie normale	4 575	4,8	1,8	6,6	4,9	11,5	1,9	13,4
Activité professionnelle ou domestique restreinte	1 331	5,7	4,4	10,1	6,3	16,4	5,0	21,4
Activité professionnelle ou domestique très ralentie	240	4,7	6,0	10,7	5,7	16,4	18,0	34,4
Pas ou très peu d'activité domestique, grabataire, alitement permanent	93	1,6	13,6	15,2	2,7	17,9	36,0	53,9
Ensemble	20 402	3,0	1,3	4,3	3,7	8,0	1,5	9,5

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

Tableau 4
Indicateurs de consommation selon l'âge morbide
Nombre de jours ou de séances, par personne, par an
 France 1991

Age morbide moyen	Effectif	Séances d'omnipraticien au cabinet	Séances d'omnipraticien au domicile	Séances d'omnipraticien	Séances de spécialiste	Séances de médecin (ensemble)	Journées d'hospitalisation	Nombre de contacts
0,65	2 056	2,6	1,6	4,2	2,2	6,4	0,1	6,5
5,61	2 028	2,2	0,9	3,0	2,9	6,0	0,3	6,3
14,74	2 045	1,9	0,6	2,4	3,1	5,6	0,7	6,3
24,62	2 038	1,9	0,5	2,4	3,3	5,7	0,4	6,2
34,63	2 040	2,5	0,4	2,9	3,6	6,5	0,6	7,1
44,45	2 044	2,4	0,6	3,0	4,0	7,0	0,5	7,5
54,81	2 051	2,8	0,6	3,5	3,6	7,0	1,0	8,0
64,46	2 032	3,9	0,8	4,7	4,0	8,7	1,0	9,7
74,35	2 041	5,0	1,6	6,6	4,7	11,4	3,2	14,5
84,27	2 027	5,3	5,2	10,6	4,7	15,3	6,8	22,1
Ensemble	20 402	3,0	1,3	4,3	3,7	8,0	1,5	9,5

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

Tableau 5
Indicateurs de consommation par catégorie sociale, indice brut,
redressé par âge et sexe et par âge morbide
Nombre de contacts médicaux, par personne, par an
 France 1991

Groupe social	Nombre observé	Indice brut	Indice redressé par âge*sexe	Indice redressé par âge morbide
Séances de médecin				
Groupe peu favorisé	5,7	0,70	0,70	0,69
Groupe de référence	8,3	1,03	1,02	1,02
Groupe favorisé	8,2	1,02	1,09	1,15
Ensemble	8,0	1,0	1,0	1,0
Journées d'hospitalisation				
Groupe peu favorisé	1,8	1,15	1,10	0,98
Groupe de référence	1,6	1,05	1,04	1,03
Groupe favorisé	0,4	0,29	0,37	0,47
Ensemble	1,5	1,0	1,0	1,0
Séances de spécialiste				
Groupe peu favorisé	2,1	0,56	0,57	0,57
Groupe de référence	3,7	1,01	1,00	1,00
Groupe favorisé	5,2	1,40	1,42	1,46
Ensemble	3,7	1,0	1,0	1,0
Séances d'omnipraticien				
Groupe peu favorisé	3,6	0,82	0,81	0,78
Groupe de référence	4,6	1,05	1,04	1,04
Groupe favorisé	3,1	0,70	0,78	0,85
Ensemble	4,4	1,0	1,0	1,0
Séances d'omnipraticien dans un local professionnel				
Groupe peu favorisé	1,9	0,64	0,66	0,64
Groupe de référence	3,2	1,06	1,01	1,05
Groupe favorisé	2,5	0,81	0,84	0,91
Ensemble	3,0	1,0	1,0	1,0
Séances d'omnipraticien au				
Groupe peu favorisé	1,6	1,24	1,11	1,07
Groupe de référence	1,4	1,03	1,02	1,01
Groupe favorisé	0,6	0,46	0,60	0,67
Ensemble	1,3	1,0	1,0	1,0
Contacts				
Groupe peu favorisé	7,4	0,77	0,77	0,74
Groupe de référence	9,9	1,03	1,03	1,02
Groupe favorisé	8,7	0,90	0,99	1,07
Ensemble	9,6	1,0	1,0	1,0

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

Effectif : Peu favorisé : 1 755 personnes - Référence : 16 997 personnes - Favorisé : 1 650 personnes

Tableau 6
Indicateurs de consommation par âge morbide
France 1991

Age morbide moyen	Effectif	Séances omniprat. au cabinet	Séances omniprat. au domicile	Séances omniprat.	Séances de spécialiste	Séances de médecin (ensemble)	Journées d'hôpital	Nombre de contacts
Groupe social moyen (de référence)								
-1,7 ans	1 051	3,0	1,8	4,7	2,4	7,1	0,1	7,3
3,9 ans	1 063	2,4	1,4	3,8	1,9	5,7	0,2	5,9
9,0 ans	1 072	2,2	0,9	3,1	3,2	6,4	0,4	6,8
13,0 ans	1 041	2,0	0,6	2,6	2,7	5,3	1,0	6,3
17,9 ans	1 087	1,9	0,5	2,5	3,3	5,8	0,5	6,3
22,4 ans	1 066	2,0	0,6	2,6	3,7	6,3	0,4	6,7
27,3 ans	1 038	2,7	0,5	3,1	3,7	6,8	0,9	7,8
32,0 ans	1 069	2,5	0,4	3,0	3,5	6,5	0,4	6,9
36,6 ans	1 074	2,6	0,6	3,2	4,3	7,5	0,5	8,0
41,6 ans	1 057	2,7	0,7	3,4	3,4	6,8	0,4	7,2
46,8 ans	1 075	3,0	0,7	3,6	3,6	7,2	1,4	8,5
52,1 ans	1 044	3,7	0,9	4,5	3,8	8,4	0,9	9,3
58,2 ans	1 075	4,5	0,9	5,4	4,2	9,5	1,1	10,7
65,2 ans	1 047	5,0	1,6	6,6	4,6	11,2	3,6	14,8
72,6 ans	1 075	6,1	2,7	8,8	5,1	14,0	3,8	17,7
85,8 ans	1 063	5,1	6,4	11,5	4,8	16,3	8,8	25,1
Groupe social peu favorisé								
5,4 ans	247	1,3	1,0	2,3	1,2	3,5	0,2	3,7
14,5 ans	252	1,4	0,5	1,8	1,4	3,2	0,2	3,4
21,6 ans	254	1,2	0,5	1,7	1,8	3,5	0,2	3,6
30,4 ans	250	1,4	0,5	1,9	2,7	4,6	0,2	4,8
41,5 ans	264	1,7	0,5	2,2	2,0	4,2	0,6	4,8
56,7 ans	237	3,3	1,5	4,8	2,7	7,4	2,2	9,7
71,9 ans	251	3,6	6,7	10,3	2,6	12,9	8,6	21,4
Groupe social favorisé								
6,0 ans	235	2,3	1,3	3,6	3,9	7,5	0,1	7,6
14,8 ans	238	1,8	0,5	2,3	4,6	6,9	0,1	7,0
24,1 ans	234	1,7	0,4	2,1	4,2	6,2	0,2	6,5
35,5 ans	235	1,7	0,3	2,0	4,5	6,6	0,4	7,0
40,5 ans	237	2,1	0,3	2,4	4,8	7,2	0,4	7,6
44,8 ans	225	2,8	0,5	3,2	6,4	9,6	0,5	10,1
54,8 ans	246	4,9	0,9	5,8	6,8	12,6	1,2	13,8

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

Effectif : Peu favorisé : 1 755 personnes - Référence : 16 997 personnes - Favorisé : 1 650 personnes

Achévé d'imprimer le 30 septembre 1994
SCRIPTA Diffusion, 16 Place Adolphe Chérioux
75015 PARIS

Dépôt légal : Septembre 1994

