

# Consommation

Code  
F 0000

Crédoc - Consommation, N° 1977-002.  
Avril - juin 1977.

**Sou1977 - 3218 à 3221**

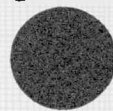
Num:

4401-1

0192000-0192000



1977<sup>n°</sup> 2



avril  
juin

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE  
DUNOD ÉDITEUR

Le Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité. Son Conseil d'Administration est présidé par M. Jean Ripert, Commissaire au Plan.

L'objet de cette association est le suivant :

- faire toute étude sur les conditions de vie de la population ;
- promouvoir toute recherche statistique, économique, sociologique ou psychosociologique sur la consommation, les besoins, les aspirations et les conditions de vie de la population ;
- et en général, entreprendre toute étude sur des sujets intéressant, directement ou indirectement, la satisfaction des besoins et des aspirations et l'amélioration des conditions de vie de la population.

Les résultats de ces travaux sont en général publiés dans la revue trimestrielle « Consommation ».

Ils peuvent paraître sous forme d'articles dans d'autres revues françaises ou étrangères ou bien faire l'objet de publications séparées, lorsque leur volume dépasse celui d'un article de revue.

Le Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie peut, en outre, exécuter des études particulières à la demande d'organismes publics, privés ou internationaux. Ces études ne font qu'exceptionnellement l'objet de publication et seulement avec l'accord de l'organisme qui en a demandé l'exécution.

---

**Président** : Jean RIPERT  
Commissaire au Plan

**Vice-Présidents** : Philippe HUET  
Inspecteur Général des Finances, Expert du Conseil de l'O.C.D.E.  
Président du Conseil d'Administration du S.E.I.T.A.

Edmond MALINVAUD  
Directeur Général de l'I.N.S.E.E.

**Directeur** : Georges DELANGE

---

*Toute reproduction de textes ou graphiques  
est autorisée sous réserve de l'indication de la source*

XXIV<sup>e</sup> année  
N° 2 Avril-Juin 1977

# Consommation

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ

CENTRE DE RECHERCHE  
POUR L'ÉTUDE ET L'OBSERVATION  
DES CONDITIONS DE VIE  
142, rue du Chevaleret,  
75634 PARIS CEDEX 13

**DUNOD**

É D I T E U R

ABONNEMENTS

C. D. R. — DUNOD - GAUTHIER - VILLARS  
70, rue de Saint-Mandé, B. P. 119  
93104 Montreuil Cedex  
Tél. 374-12-45 — C.C.P. La Source 33.368.61

ABONNEMENTS 1977 (et années antérieures) :

4 numéros par an

FRANCE : 110 F - AUTRES PAYS : 130 F

Le numéro 38 F

**sommaire**

Éditorial..... 3

## ÉTUDES

ANDRÉE ET ARIÉ MIZRAHI

Influence des facteurs socio-économiques sur  
l'hospitalisation..... 5

DOROTHY P. RICE

Le rôle des statistiques dans l'évolution de la  
politique de la santé..... 59

PHILIPPE D'IRIBARNE

Analyse socio-économique et consommations ali-  
mentaires..... 73

## NOTES ET CHRONIQUES

MARCEL BARNICH

Les conditions de logement des travailleurs migrants  
dans les pays de la Communauté Européenne.. 93

RÉSUMÉS-ABSTRACTS..... 101

## ÉDITORIAL

*La composition de ce numéro est naturellement le fruit du hasard, mais d'un hasard accepté et surtout favorisé par une politique systématique d'élargissement de la Revue.*

*Des trois articles publiés, un seul émane du C.R.E.D.O.C., celui d'Andrée et Arié Mizrahi sur l'hospitalisation en France. Sa conclusion me paraît importante : tandis que les couches les plus riches de la population dépensent davantage de « médecine » chez eux que les autres couches, l'inverse se produit en ce qui concerne l'hospitalisation. Qu'on le veuille ou non, qu'on l'estime adéquate ou non, l'hospitalisation est un des moyens de combattre la maladie qu'emploient les plus pauvres. Cela coûte fort cher à la Nation, et plus encore à l'État, d'autant plus qu'à cet effort — social —, les cliniques privées participent peu. Les soins à domicile et donc la reconnaissance du petit risque sont peut-être des solutions à préconiser qui éviteraient que la maladie ne s'installe et qu'elle n'exige des moyens coûteux pour sa guérison.*

*L'article de Dorothy P. Rice, Directrice du Centre National des Statistiques de la Santé aux États-Unis, au département de la santé, de l'éducation et du bien-être, est, me semble-t-il, lourd d'enseignement pour nous.*

*Il montre que, partant d'une réserve et même d'une hostilité certaine à l'endroit du pouvoir de l'État, les citoyens et les responsables des États-Unis sont conduits, dans certains domaines au moins, à réviser leurs positions. Ils le font sous la pression de la logique et de la justice (pourquoi certains citoyens seraient-ils « brimés » par rapport à d'autres ?) et sous celle des contraintes économiques (croissance considérable des dépenses de santé). Nos vieux pays d'Europe, et plus particulièrement le nôtre, ont sur le rôle de l'État une position beaucoup plus complexe et plus « volontariste » dans son ensemble. La Sécurité Sociale — dans toutes nos langues et nos institutions — existe depuis longtemps et est bien volontiers acceptée (même si son attitude et son mode de fonctionnement sont toujours plus ou moins critiqués).*

*Ainsi, les points de vue des deux côtés de l'Atlantique se rapprochent. Mais ce qui reste différent — hors l'attitude générale — c'est le sérieux avec lequel les problèmes sont pris outre-Atlantique. Si nos parlements étaient capables de réunir des commissions comme le parlement américain, l'administration aurait moins de pouvoir, la « technocratie » moins de présence. En fait, les pays, comme les hommes, résolvent leurs problèmes avec leurs propres moyens : lorsque l'administration est de qualité, elle prend de l'importance ; lorsque le pouvoir politique s'organise correctement, il étend son influence. Dans une démocratie, cette dernière solution peut apparaître meilleure. Mais dans les faits, il faudrait être sûr que les parlementaires, mêlés de près à tous ces problèmes économiques, puissent garder une totale objectivité et honnêteté.*

*De plus, ce qui paraît révélateur, dans l'article de Mrs. D. Rice, c'est sa croyance aux chiffres, à la science et à la raison. Attitude, ô combien sympathique et probablement vraie, mais qui serait immédiatement combattue en France et, sans doute, dans toute l'Europe actuelle.*

*L'article de Philippe d'Iribarne, en plus de l'intérêt synthétique qu'il présente, avec ses explications claires, rend patent que les efforts scientifiques du C.E.R.E.B.E. et du C.R.E.D.O.C., qui se sont souvent opposés, se complètent. La science ne se développe, je le crois, que dans le dialogue et l'opposition. Il est contraire à la « déontologie » du C.R.E.D.O.C. d'exercer une censure quelconque à l'égard de quiconque. Le fait même que Ph. d'Iribarne ait proposé à Consommation cet article est la preuve, me semble-t-il, qu'il est persuadé que cette position de principe conduit à des actes concrets.*

G. DELANGE

# INFLUENCE DES FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES SUR L'HOSPITALISATION

par

Andrée et Arié MIZRAHI

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	6
<b>1. Les données</b> .....	8
1.1. L'enquête auprès des ménages.....	8
1.2. Les unités statistiques.....	9
<b>2. Influence d'un seul facteur</b> .....	12
2.1. Le revenu.....	12
2.2. Le nombre de personnes du ménage.....	17
2.3. Le niveau d'instruction.....	22
2.4. La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage.....	26
2.5. Les autres facteurs.....	30
<b>3. Influence simultanée de deux facteurs</b> .....	32
3.1. Le revenu et le nombre de personnes du ménage.....	33
3.2. Le niveau d'instruction du chef de ménage et le revenu.....	40
3.3. Le niveau d'instruction et le nombre de personnes du ménage...	45
3.4. La protection sociale.....	49
3.5. L'influence différentielle du revenu sur la consommation hospitalière des ouvriers, des indépendants et des autres salariés.....	51
<b>Conclusion</b> .....	58

## INTRODUCTION

Les recherches effectuées sur la consommation médicale de ville ont montré que les inégalités qui subsistent selon les milieux économiques ou sociaux sont moins graves lorsqu'on s'intéresse au niveau global des soins, que lorsqu'on analyse la structure même de la consommation (1). On a ainsi pu opposer une médecine de ville bien diffusée et accessible à presque toute la population, centrée autour des soins de généralistes aux soins plus techniques et spécialisés, atteignant en priorité les couches les plus favorisées. Ces travaux n'avaient pu être faits jusque-là qu'en ce qui concerne les soins aux malades ambulatoires ou soignés à leur domicile et excluaient donc les soins aux malades hospitalisés.

En ce qui concerne ces derniers, deux problèmes se posent :

— peut-on retrouver à l'intérieur même des soins hospitaliers, une opposition entre les hospitalisations des groupes favorisés et celles des groupes défavorisés ?

— l'hospitalisation (considérée globalement) varie-t-elle dans le même sens que les soins médicaux de ville, ou en sens contraire ? Autrement dit, leur est-elle complémentaire ou substitutive ? Aggrave-t-elle ou atténue-t-elle les inégalités observées en médecine « de ville » ?

Pour répondre à ces questions, on disposait des données de l'enquête sur les consommations médicales, effectuée en 1970 par l'I.N.S.E.E. et le C.R.E.D.O.C., auprès de 7 392 ménages, soit 23 196 personnes, représentatifs de l'ensemble de la population.

L'enquête porte sur les consommations de services et de biens médicaux, ainsi que sur les motifs médicaux et les facteurs économiques et sociaux susceptibles d'agir sur ces consommations (2) et permet donc d'estimer pour chaque enquêté sa consommation en matière d'hospitalisation, aussi bien que l'ensemble de ses consommations médicales : en ce qui concerne les hospitalisations proprement dites, on pourrait schématiquement décrire celles des groupes défavorisés comme des séjours longs se déroulant en majorité dans les hôpitaux généraux publics alors que pour les groupes les plus favorisés les séjours sont brefs et ont, d'une manière préférentielle, lieu en clinique privée. Ainsi, par exemple, pour les personnes ayant les revenus les plus bas, la durée moyenne d'une hospitalisation est de 24 jours et 37 % seulement de ces séjours ont lieu en clinique

---

(1) *Diffusion des consommations médicales de ville dans la population en 1970*, par Th. LECOMTE, A. et A. MIZRAHI, *Consommation*, n° 3, 1974, 49 pages.

(2) *L'enquête de 1970 sur les consommations médicales : une synthèse des travaux effectués par la Division d'Économie Médicale du C.R.E.D.O.C. au 31.12.1975*, par A. et A. MIZRAHI, *Consommation*, n° 2, 1976, 65 pages.

privée; par contre, pour les personnes ayant les revenus les plus élevés, la durée moyenne d'une hospitalisation n'est que de 13 jours, et 61 % d'entre elles ont lieu en clinique privée. De plus, à l'intérieur même de chacun des deux secteurs public et privé, la durée de séjour est toujours inférieure pour les groupes favorisés. Cette opposition entre les hospitalisations des groupes défavorisés et celles des groupes favorisés s'accompagne d'une importante décroissance du volume global d'hospitalisation mesurée en *termes de dépenses* ou de *nombre de jours* passés en établissement hospitalier (1) lorsque les conditions de vie s'améliorent; autrement dit, l'allongement des durées de séjours, compensant en partie des insuffisances sociales, substitue des soins hospitaliers aux soins ambulatoires et à domicile, atténuant ainsi très nettement les différences observées en médecine de ville.

L'étude simultanée de l'influence de deux caractères économiques ou sociaux confirme et amplifie, à une exception près, les résultats observés dans le cas d'un seul caractère : il semble qu'un effet cumulatif entraîne une accélération de l'accroissement des durées de séjours pour les personnes doublement défavorisées.

Il semble qu'un caractère A ait un effet plus important pour les groupes défavorisés selon un (autre) caractère B, et que, par contre, les groupes favorisés selon B soient moins sensibles aux variations de A.

La seule exception concerne la taille du ménage, variable pour laquelle les résultats semblent contradictoires et ambigus, tout au moins en termes de fréquentation, où tout se passe comme si l'accroissement de la taille du ménage aggravait les conditions de vie des plus défavorisés et améliorerait celles des plus favorisés.

Après avoir présenté rapidement dans une première partie l'information disponible, ainsi que les variables utilisées, on étudie dans une deuxième partie la consommation en valeur et en quantité (taux de fréquentation, nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an) selon différentes variables économiques ou sociales; selon ces mêmes variables, on mesure en valeur la consommation médicale totale (médecine de ville et soins hospitaliers) et la part prise par l'hospitalisation; on analyse enfin les secteurs d'hospitalisation (public ou privé) vers lesquels se dirigent les malades hospitalisés. Dans une troisième partie, enfin, sont présentés les résultats obtenus en croisant deux à deux les caractères socio-économiques.

\*  
\* \*

---

(1) Par contre, le taux de fréquentation, qui traduit les possibilités d'accès au système hospitalier dans son ensemble, varie peu en fonction des caractères socio-économiques et l'aléa l'emporte assez généralement sur la composante systématique; le nombre de jours d'hospitalisation et la dépense varient comme la durée moyenne de séjour.



## 1. LES DONNÉES

### 1.1. L'enquête auprès des ménages.

Elle s'est déroulée sur le terrain de janvier 1970 à janvier 1971, auprès de 7 392 ménages; cet échantillon était composé de quatre groupes de 1 850 ménages environ, chaque groupe étant enquêté pendant un trimestre. Chaque ménage a reçu cinq visites d'enquêteur, espacées de 3 semaines les unes des autres et les consommations sont donc observées pendant 12 semaines pour chaque ménage. Lors de la visite initiale, l'enquêteur effectue le recensement des membres du ménage et relève leurs principales caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, profession, mode de protection sociale, etc.). En outre, au cours de cette première visite, l'enquêteur relève les données sur les hospitalisations au cours de l'année précédente; ces données reposent donc sur la mémoire des enquêtés et non, à la différence de l'enquête proprement dite, sur le carnet de comptes ou le formulaire de ramassage rempli par l'enquêteur.

Une double page du questionnaire initial est consacrée à ces hospitalisations antérieures: on y relève le prénom de la personne hospitalisée, le nom et l'adresse de l'établissement, les dates d'entrée et de sortie, le motif médical, la nature de l'intervention s'il y en a eu une et, enfin, différentes données concernant le paiement du séjour.

Ces mêmes renseignements sont demandés pour toutes les hospitalisations survenant pendant la période de 12 semaines suivant cette visite initiale, c'est-à-dire pendant la période d'enquête proprement dite, au cours de laquelle l'enquêteur rend quatre nouvelles visites au ménage enquêté.

Les données relatives aux hospitalisations présentaient des difficultés qui ont pu être levées à la suite de travaux méthodologiques relatifs tant à la qualité de l'information qu'à l'estimation des coûts.

Deux études <sup>(1)</sup> ont été conduites pour tester la qualité des données recueillies; elles portent sur l'existence des hospitalisations, et sur les dates d'entrée et de sortie :

Bien que ces données ne permettent pas d'avoir une vue globale rigoureusement sans biais <sup>(2)</sup> de l'hospitalisation en France, elles permettent une analyse très fouillée de l'influence des caractères socio-économiques des 23 196 personnes enquêtées sur leur consommation hospitalière.

---

(1) *Méthode d'enquête :*

*L'observation des hospitalisations auprès des ménages et dans les dossiers de Sécurité Sociale,* par A. et A. MIZRAHI, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, 1976, 58 pages.

*Fiabilité de la mémoire des enquêtés,* par A. et A. MIZRAHI, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, 1976, 18 pages.

(2) Voir note page ci-contre.

*Les comportements différentiels dans ce domaine* sont par ailleurs relativement inertes, et tout porte à croire que le sens et l'ampleur des différences observées entre groupes sociaux restent valables aujourd'hui.

## 1.2. Les unités statistiques

On appelle « hospitalisation » tout séjour ininterrompu comportant au moins une nuit passée dans un même établissement hospitalier. Le transfert d'un patient d'un établissement à un autre entraîne l'enregistrement d'une deuxième hospitalisation, alors qu'un changement de service à l'intérieur du même établissement est considéré comme la poursuite d'un même séjour.

*L'étude présentée ici porte :*

— en partie sur une période de 6 mois, soit 182 jours comprenant les 84 jours de l'enquête et les 98 jours qui l'ont immédiatement précédée (données en quantité);

— en partie sur les hospitalisations s'étant déroulées pendant les 84 jours de l'enquête (données en valeur).

### *Données en quantité*

Les hospitalisations peuvent être totalement ou partiellement incluses dans la période d'observation; Ainsi, sur les 1 235 séjours observés en 6 mois :

— 99, soit 8,0 % ont débuté avant et se sont terminés pendant la période d'observation;

— 1 035, soit 83,8 % se sont déroulés entièrement pendant la période d'observation;

— 78, soit 6,3 %, ont débuté pendant cette période et n'étaient pas terminés le dernier jour;

— 23, soit 1,9 %, étaient en cours au début de la période d'observation et n'étaient pas terminés le dernier jour.

---

(2) D'une part, un léger biais s'introduit du fait des personnes qui devraient participer à l'enquête (dans le champ) mais ne le font pas pour des raisons médicales : personnes hospitalisées et que l'enquêteur n'a pu joindre de ce fait (ces personnes rentrent alors dans la catégorie « absents de longue durée »), ou ménages abandonnant l'enquête du fait de la présence en leur sein d'un grand malade.

D'autre part, l'enquête était faite auprès des seuls ménages « ordinaires » c'est-à-dire que les personnes vivant en institution en sont exclues (hors du champ); ces institutions ne comprennent pas, en particulier, les maisons de retraite et les hospices (et les sections d'hospice des hôpitaux) dont les pensionnaires ont, peut-être du fait de leur âge, un fort taux d'hospitalisation. Il convient, de plus, de remarquer que cette population vivant en institution comprend également une partie importante des personnes hospitalisées dans les hôpitaux (ou sections) de chroniques, les hôpitaux psychiatriques et autres établissements de long séjour. Cette restriction du champ de l'enquête a des répercussions non seulement dans les statistiques d'hospitalisations observées, mais également dans celles de journées ainsi que dans les durées de séjours.

Parmi ces données, sont extrapolables à l'année les statistiques d'événements, et on peut estimer à 9,78 le nombre annuel de sorties pour 100 personnes.

En ce qui concerne les journées d'hospitalisation, deux notions doivent être distinguées :

— *la durée moyenne de séjour*, estimée sur les 1 134 hospitalisations terminées pendant la période d'observation. Cette durée inclut aussi bien la partie du séjour comprise dans la période d'observation que la partie antérieure pour les hospitalisations déjà en cours le premier jour. *La durée moyenne de l'hospitalisation* ainsi calculée est de 18,3 jours;

— *le nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an*, calculé à partir des 1 235 séjours observés et prenant en compte pour chacun d'eux les seules journées comprises dans la période d'observation. Ainsi estimé, *chaque personne* ne résidant pas en institution *passé en moyenne 2,20 jours par an en établissement hospitalier*.

En 6 mois, 1 097 personnes ont passé au moins une nuit en établissement hospitalier, soit un taux d'hospitalisation de 4,7%. La population concernée par l'hospitalisation est donc relativement importante. Par contre, un jour donné<sup>(1)</sup> 0,60% seulement de la population séjourne en établissement hospitalier; ce qui traduit la rareté de l'état d'hospitalisé pour la population ne résidant pas en institution.

Trois variables de quantité permettront d'appréhender la consommation des ménages en matière d'hospitalisation :

a) le nombre de sorties observées en 6 mois et le nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois (fréquentation);

b) la durée moyenne de séjour estimée sur les sorties observées pendant les 6 mois de référence;

c) le nombre de jours d'hospitalisation pendant les 6 mois; cette variable inclut les journées relatives aux hospitalisations non terminées au dernier jour (non comprises en b), mais exclut les journées précédant le début de la période pour les séjours en cours le premier jour (comprises en b) : la relation

$$[\text{nombre de jours} = \text{nombre de sorties} \times \text{durée moyenne du séjour}]$$

vraie sur longue période n'est donc pas rigoureusement vérifiée sur une durée de 6 mois.

#### *Données en valeur*

En termes monétaires, différentes mesures de la consommation d'hospitalisation sont possibles dans une analyse différentielle des groupes sociaux. La plus appropriée semble être la *dépense d'hospitalisation*<sup>(2)</sup> par personne ou par hospitalisé pendant une période déterminée, cette mesure synthétique pre-

(1) Sur 23 196 personnes enquêtées, 140 en moyenne séjournaient en établissement hospitalier un jour donné.

(2) *L'hospitalisation d'après l'enquête de 1970 sur les consommations médicales*, par A. et A. MIZRAHI, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, juillet 1976, 87 pages.

nant en compte aussi bien les durées que les types d'établissements fréquentés et les soins reçus.

Les processus de règlement des dépenses d'hospitalisation sont divers et souvent complexes. Vu l'importance des sommes en jeu, le mécanisme de tiers payant est très fréquent; il peut être partiel ou total, couvrir toutes les dépenses ou une partie seulement. De ce fait, les ménages ignorent presque toujours l'ensemble des dépenses entraînées par leur hospitalisation. On s'est efforcé de reconstituer leur valeur à partir des éléments dont on disposait :

- durée de séjour;
- nature précise de l'établissement (distingué en CHU, CH, H ou HR, cliniques, hôpitaux psychiatriques, hôpitaux antituberculeux, hôpitaux militaires, autres établissements);
- existence et nature de (ou des) l'intervention(s) chirurgicale(s);
- âge du patient;
- motifs médicaux.

On appelle donc ici dépense d'hospitalisation l'estimation de la dépense reconnue aux tarifs de Sécurité Sociale de 1970, et incluant *les prix de journées* (ou frais de séjours), *les honoraires relatifs aux interventions chirurgicales, ainsi qu'aux autres soins* (1) : cette estimation a été effectuée pour chaque hospitalisation, ou partie d'hospitalisation, contenue dans les 84 jours de l'enquête auprès des ménages.

Pour faire ces estimations, on a pris en compte la partie des séjours compris dans les 12 semaines de l'enquête, que ces séjours aient été en cours ou non le premier et le dernier jour de l'enquête, afin de faciliter la comparaison avec les autres consommations médicales connues pour cette période seulement. Un procédé similaire a été utilisé pour estimer la valeur de ces consommations lorsque l'enquêté ne la connaissait pas (2).

Pour la durée de l'enquête, soit 12 semaines, *la dépense moyenne d'hospitalisation par personne s'élève à 47,2 F*. La dépense par hospitalisé s'élève à 1 858 F, soit près de 40 fois plus que la dépense par personne, et varie de 92 à 14 233 F (soit un écart de 1 à 155); la variabilité de cette dépense est considérable, puisque dans la zone centrale 80 % des dépenses sont encore comprises entre 333 et 4 500 F, soit un écart de 1 à 14. A cette très grande variabilité due à la diversité même des durées de séjours, des soins reçus, des types d'établissements fréquentés, s'ajoute celle des taux de fréquentation hospitalière plus ou moins importante selon les populations et soumise aussi aux aléas de l'observation. Pour pallier ces difficultés inhérentes au domaine étudié, on ne considérera que des populations numériquement importantes pour lesquelles la dépense d'hospitalisation observée peut être significative.

---

(1) Cette estimation correspond à la notion de prix synthétique de séjour définie dans « Comparaison des prix et des tarifs des services médicaux 1960-1975 », par A. et A. MIZRAHI et S. SANDIER. Consommation, n° 4, 1975.

(2) Pour plus de détail, cf. *Influence des facteurs socio-économiques sur l'hospitalisation* par A. et A. MIZRAHI, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, mars 1977, annexe 1.

Enfin, on a déjà souligné la forte influence de l'âge et du sexe sur la consommation hospitalière, tant en niveau qu'en structure (1); c'est pourquoi les comparaisons entre populations se feront sur *les données redressées en fonction de l'âge et du sexe*, ce qui permet d'éliminer la part de la différence due uniquement aux écarts entre les structures par âge et sexe des populations étudiées.

## 2. INFLUENCE D'UN SEUL FACTEUR

### 2.1. Le revenu

Bien que sa mesure soit particulièrement délicate et relativement imprécise, nous commencerons par l'analyse de l'influence du revenu sur la consommation hospitalière. L'échantillon a été réparti en quatre groupes de revenus dont les effectifs sont tous supérieurs à 4 000 personnes. Les revenus considérés sont les revenus globaux des ménages pour l'année antérieure à l'enquête, nous distinguons ainsi :

— les très bas revenus (moins de 15 000 F annuels en 1969, 24,3 % des personnes enquêtées sont dans cette classe);

— Les bas revenus (de 15 à 20 000 F annuels en 1969, 17,8 % des personnes enquêtées sont dans cette classe);

— les revenus moyens (de 20 à 30 000 F annuels en 1969, 27,3 % des personnes enquêtées sont dans cette classe);

— les hauts revenus (de 30 000 F et plus en 1969, 21,7 % des personnes enquêtées sont dans cette classe);

les très hauts revenus sont peu représentés dans l'enquête et n'ont pu être distingués (119 personnes seulement, soit 0,5 % appartiennent à des ménages dont le revenu annuel était supérieur à 100 000 F en 1969). Enfin pour 8,9 % des personnes enquêtées, le revenu n'a pas été déclaré par le ménage.

#### *La dépense d'hospitalisation et sa part dans la dépense médicale globale*

Pour les quatre groupes de revenus distingués, *la dépense d'hospitalisation par personne diminue systématiquement lorsque le revenu du ménage augmente*, les personnes appartenant à des ménages dont le revenu est très bas ayant une dépense d'hospitalisation supérieure de près de 60 % à celle des personnes appartenant à des ménages de haut revenu (cf. tableau I et graphique 1).

*La dépense d'hospitalisation apparaît donc comme une consommation à élasticité revenu certes faible mais nettement négative* (2). On sait toutefois que les

---

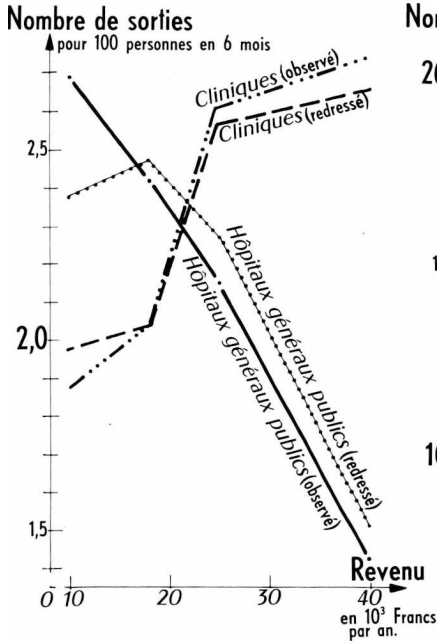
(1) *L'hospitalisation et sa place dans la dépense médicale en 1970*, par Th. LECOMTE et A. et A. MIZRAHI, *Consommation*, n° 3, 1974.

(2) En France, bien qu'avec des méthodologies différentes et sur des échantillons plus restreints, l'Inspection Générale des Affaires Sociales est arrivée à la même conclusion (cf. rapports annuels 1972 et 1976 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales) de même que les auteurs d'une étude très approfondie sur la région du Nord (cf. P. d'ARVISENET, R. DELFOSSE et M. DELATTRE sous la direction de M. FALISE et J. C. SAILLY, le rôle de l'assurance maladie dans la redistribution des revenus, rapport C.R.E.S.G.E., 1975).

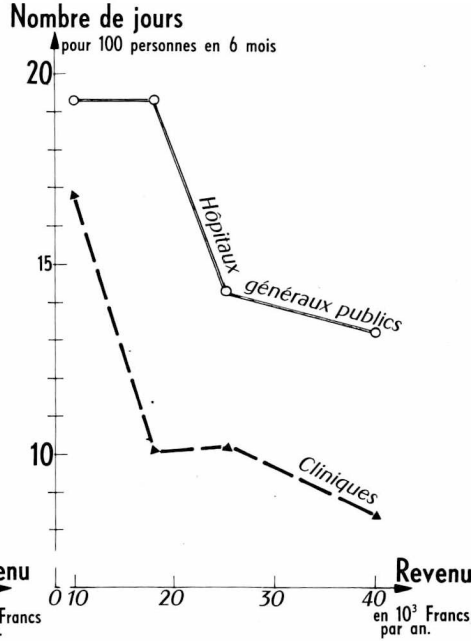
# GRAPHIQUE 1

La consommation hospitalière en fonction du revenu du ménage

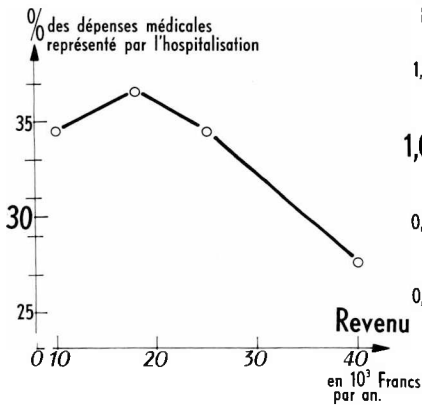
## FRÉQUENTATION



## DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR



## PART DE L'HOSPITALISATION



## DÉPENSES D'HOSPITALISATION

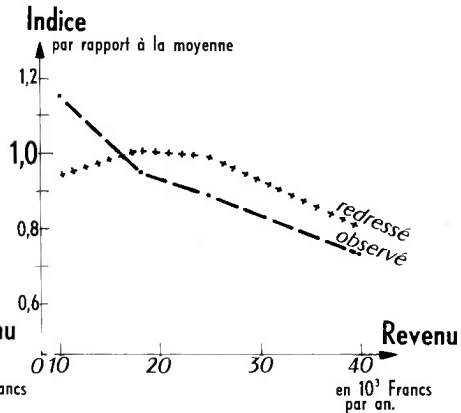


TABLEAU I

**La dépense d'hospitalisation  
en fonction du revenu du ménage**

	Nombre de personnes	Dépense d'hospita- lisation (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe
Très bas revenus.....	5 641	54,43	1,15	0,94
Revenus bas.....	4 139	45,38	0,96	1,02
Revenus moyens.....	6 327	42,09	0,89	0,99
Hauts revenus.....	5 028	34,46	0,73	0,80
<i>Revenus non déclarés....</i>	<i>2 061</i>	<i>72,15</i>	<i>1,55</i>	<i>1,54</i>
Ensemble des revenus...	23 196	47,18	1,00	1,00

ménages à très bas revenus sont essentiellement composés de personnes âgées ; si l'on tient compte de ce phénomène en comparant des indices à âge et sexe égaux, il apparaît que pour une même pyramide des âges, les dépenses d'hospitalisation de personnes à très bas revenus sont légèrement inférieures à la moyenne, mais que celles des personnes à hauts revenus sont toujours les plus basses. Le redressement en fonction de l'âge et du sexe modifie donc sensiblement l'effet apparent du revenu pour les bas revenus, mais laisse demeurer une dépense d'hospitalisation nettement plus faible pour les hauts revenus.

TABLEAU II

**La dépense médicale totale et la part de l'hospitalisation  
en fonction du revenu**

	Dépense médicale totale (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe	Pourcentage représenté par l'hospita- lisation dans la dépense médicale totale
Revenus très bas.....	157,16	1,18	0,97	34,6
Revenus bas.....	124,12	0,93	0,99	36,6
Revenus moyens.....	121,66	0,91	1,00	34,6
Hauts revenus.....	125,55	0,94	1,01	27,5
<i>Revenus non déclarés....</i>	<i>145,36</i>	<i>1,09</i>	<i>1,07</i>	<i>49,6</i>
Ensemble des revenus...	133,68	1,00	1,00	35,3

*La dépense médicale totale (hospitalisation et médecine de ville) est maximum pour les très bas revenus puis semble se stabiliser : si l'on tient compte, par contre, des structures différentes par âge et sexe, elle augmente régulièrement mais très légèrement en fonction du revenu de 1 à 1,04. Mais la part que tient l'hospitalisation dans cette dépense totale, varie, elle, considérablement; maximum et proche de 37 % pour les revenus bas, elle n'est que de 27 % pour les hauts revenus. Ce pourcentage est peu sensible aux différences de structures par âge et sexe dans la mesure où l'influence des facteurs démographiques est sensiblement la même sur la dépense d'hospitalisation et sur la dépense médicale totale.*

*Il apparaît donc très clairement qu'une substitution importante s'opère entre les soins de ville et l'hospitalisation lorsque le revenu augmente. Pour les très bas revenus, on observe une certaine résistance à l'hospitalisation, apparente lorsqu'on raisonne à âge et sexe égaux, due sans doute à la proportion importante d'exploitants agricoles qui appartiennent à ce groupe.*

#### *La consommation hospitalière par type d'établissement*

Cette décroissance de la dépense d'hospitalisation, lorsque le revenu augmente, n'est pas due à une diminution de la fréquentation, c'est-à-dire des nombres de séjours, mais à une baisse très importante des nombres de jours passés en établissement hospitalier.

*La fréquentation hospitalière varie en effet relativement peu en fonction du revenu du ménage, sauf pour les personnes ayant de hauts revenus : cette stabilité, pour 70 % de l'échantillon se constate aussi bien sur les données observées que sur les données redressées pour éliminer l'influence des structures d'âge et de sexe différentes selon les revenus (cf. tableau III et graphique 1).*

TABLEAU III

#### La consommation hospitalière en fonction du revenu

	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	
Revenus très bas . . . . .	285	5,05	4,89	150	128	23,9
Revenus bas . . . . .	209	5,05	5,09	123	129	20,2
Revenus moyens . . . . .	318	5,03	5,11	85	91	14,4
Hauts revenus . . . . .	226	4,49	4,52	74	79	13,0
Revenus non déclarés . . . . .	96	4,66	4,68	143	143	23,1
Ensemble des revenus	1 134	4,89	4,89	110	110	18,3



En regard de cette quasi-stabilité du nombre de séjours, pour 70 % de la population, on observe que *le nombre de jours passés dans des établissements hospitaliers diminue systématiquement lorsque le revenu augmente* : du simple au double sur les données brutes et de 1 à 1,62 sur les données redressées, c'est-à-dire en raisonnant pour des structures d'âge identiques. Corrélativement, *la durée moyenne des séjours passe de 24 jours pour les personnes ayant de très bas revenus à 13 jours pour celles ayant de hauts revenus* (1).

Cette décroissance est d'autant plus remarquable, que pour les raisons déjà mentionnées, l'échantillon n'est réparti qu'en quatre classes de revenus, un découpage plus fin accentuerait sans doute les écarts entre les classes extrêmes. Ces différences de niveau couvrent, comme on va le voir, des différences encore plus considérables dans le type d'établissement fréquenté.

TABLEAU IV

**L'hospitalisation dans les hôpitaux généraux  
selon le revenu par type d'établissement**

	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Revenus très bas.....	152	2,69	2,38	19,3
Revenus bas.....	100	2,42	2,47	19,3
Revenus moyens.....	136	2,15	2,27	14,3
Hauts revenus.....	72	1,43	1,51	13,3
Revenus non déclarés....	46	2,23	2,28	22,1
Ensemble des revenus...	506	2,18	2,18	17,4
	CLINIQUES			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Revenus très bas.....	106	1,88	1,98	16,8
Revenus bas.....	85	2,05	2,04	10,1
Revenus moyens.....	165	2,61	2,57	10,2
Hauts revenus.....	138	2,74	2,66	8,4
Revenus non déclarés....	41	1,99	1,99	14,1
Ensemble des revenus...	535	2,31	2,31	11,3

(1) Notons que l'influence des différences entre les structures démographiques n'est pas éliminée sur cette variable et qu'elle a tendance à accentuer cette diminution.

On distingue (1) les hôpitaux généraux publics, les cliniques et les « autres établissements » (qui sont essentiellement des établissements de longs séjours). La fréquentation des hôpitaux généraux publics *diminue* d'abord légèrement lorsque *le revenu augmente*, puis beaucoup plus sensiblement lorsqu'on atteint les hauts revenus; *simultanément, les durées de séjours diminuent lorsque le revenu augmente et passent de 19,3 jours à 13,3 jours.*

*La fréquentation des cliniques* augmente lorsque le revenu augmente, mais la durée moyenne des séjours diminue systématiquement, passant de 16,8 jours à 8,4 jours.

*En conclusion*, alors que la fréquentation plus élevée des hôpitaux généraux publics pour les personnes ayant des bas revenus est compensée par une moindre fréquentation des cliniques et inversement pour les personnes ayant des revenus moyens bas (la fréquentation moins élevée des hôpitaux généraux publics est compensée par une fréquentation plus élevée en clinique), *la fréquentation élevée des cliniques par les personnes ayant des hauts revenus n'est pas compensée par leur faible fréquentation des hôpitaux généraux publics*, et globalement leur fréquentation hospitalière est donc moins élevée. *Pour un même type d'établissement, les durées de séjours diminuent systématiquement lorsque le revenu augmente.*

## 2.2. Le nombre de personnes du ménage

Comme dans toutes les enquêtes auprès des ménages, les personnes vivant seules sont sous-représentées dans notre échantillon, du fait de la difficulté pour les enquêteurs, de les trouver à leur domicile et d'avoir un entretien avec elles (2). Dans l'étude de l'hospitalisation, cette sous-représentation est d'autant plus grave qu'elle est, en partie, liée au phénomène observé : un célibataire hospitalisé au moment de l'enquête ne pourra pas être enquêté par définition, et de même, si l'hospitalisation a lieu pendant l'enquête, elle a de très fortes chances d'entraîner l'abandon. *L'hospitalisation des personnes vivant seules est donc systématiquement sous-estimée*, et tout particulièrement la dépense qui ne porte que sur les 12 semaines d'enquête sur le terrain, ce qui se traduit par des indices particulièrement faibles.

---

(1) Il s'agit ici d'une analyse de l'ensemble des clientèles des secteurs public et privé, l'échantillon étant représentatif de toute la population, et les résultats ne sont donc pas comparables à ceux obtenus dans une observation des mêmes types de services dans le public et le privé (cf. A. M. DEVREUX, G. DUMENIL, C. HORELLOU-LAFARGE, H. LAFARGE, M. F. LAFOSSE et M. PICARD sous la direction de E. LÉVY, *Hospitalisation publique et hospitalisation privée. Différenciation technique, économique et sociale*, rapport L.E.G.O.S., septembre 1976.

(2) 17,7 % des personnes vivant seules dans l'échantillon au lieu de 20,3 % d'après le recensement de 1968.

## La dépense d'hospitalisation et sa part dans la dépense médicale globale

La dépense d'hospitalisation est maximum pour les personnes appartenant à des ménages de 2 personnes, elle décroît ensuite avec la taille du ménage pour atteindre un minimum pour les ménages de 5 ou 6 personnes (cf. graphique 2 et tableau V). Une part importante de cette variation est due aux pyramides des âges qui sont elles-mêmes fort différentes selon le nombre de personnes du ménage.

TABLEAU V  
La dépense d'hospitalisation  
selon le nombre de personnes du ménage

	Nombre de personnes	Dépense d'hospitalisation (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe
1 personne . . . . .	1 310	38,00 (*)	0,81 (*)	0,55 (*)
2 personnes . . . . .	3 984	69,48	1,47	1,13
3 ou 4 personnes . . . . .	9 140	42,82	0,91	0,97
5 ou 6 personnes . . . . .	5 746	39,41	0,84	0,97
7 personnes et plus . . . . .	3 016	49,74	1,05	1,28
Ensemble des personnes . . . . .	23 196	47,18	1,00	1,00

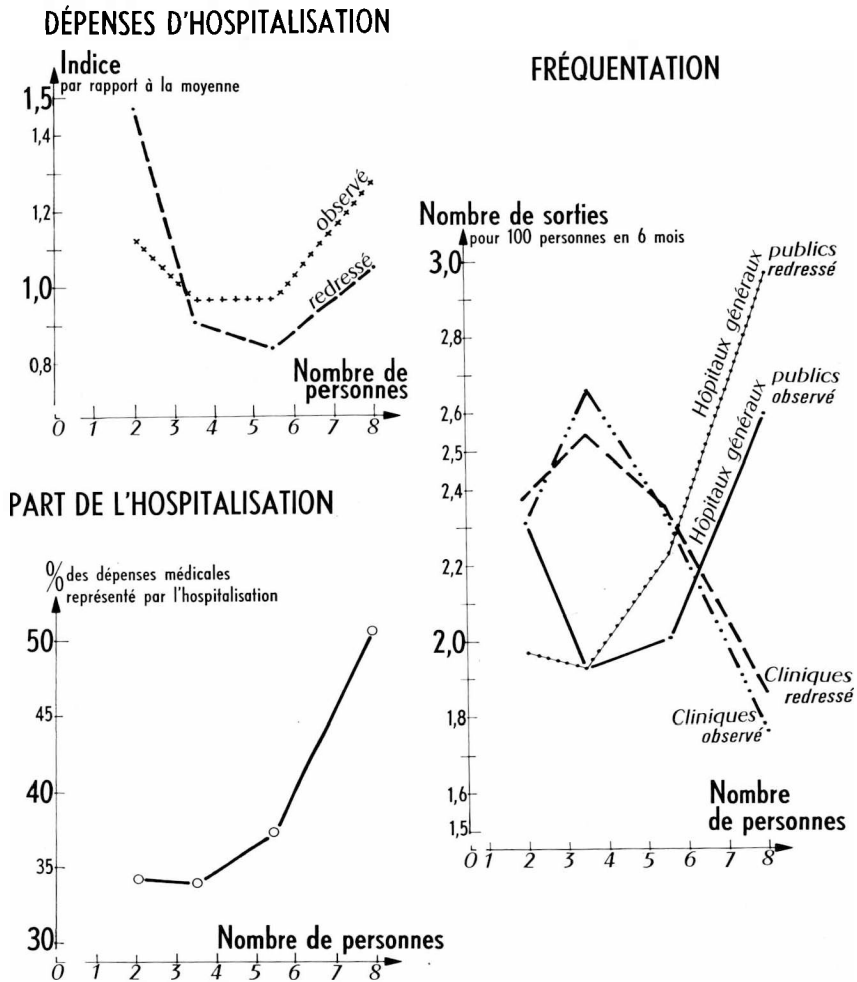
(\*) Cette valeur est sous-estimée en raison des modalités de l'enquête auprès des ménages (cf. texte, p. 17).

Ainsi à sexe et âge égaux, la dépense la plus forte s'observe pour les personnes appartenant aux ménages très nombreux : on trouve dans ce groupe beaucoup de familles aux conditions de vie difficiles, et au niveau socio-culturel bas. L'importance de leur dépense hospitalière, en regard de leur très faible consommation de soins médicaux de ville, incite à penser que dans des conditions matérielles difficiles les médecins préfèrent peut-être faire hospitaliser les patients qui, dans un meilleur contexte, auraient été soignés à leur domicile. Il est possible aussi que les réticences à faire appel au médecin, se traduisant par un très faible recours aux soins de ville, entraînent un contact tardif avec le corps médical et que l'évolution consécutive des affections entraîne la nécessité d'hospitaliser les malades. Enfin, faute d'étude représentative tant sur la mortalité que sur la morbidité, en fonction des tailles de ménages, on ne peut écarter totalement l'hypothèse d'une morbidité différente selon ce caractère.

A âge et sexe égaux, les personnes appartenant aux ménages de 2 personnes ont des dépenses d'hospitalisation relativement élevées; s'agissant très souvent de couples âgés, il est possible que le conjoint, âgé, souvent lui-même très handicapé, ne puisse assurer à domicile les soins au patient, alors que dans des ménages plus nombreux des adultes souvent plus jeunes peuvent s'en charger.

La dépense médicale totale par personne est deux fois plus forte pour les personnes appartenant à des ménages de 2 personnes que pour celles appartenant à des ménages de 7 personnes et plus. Cet important écart de 1 à 2,08 est ramené à 1 — 1,29 si l'on raisonne à âge et sexe égaux dans chacune des populations.

GRAPHIQUE 2  
La consommation hospitalière  
en fonction du nombre de personnes du ménage



La dépense médicale totale redressée en fonction de l'âge et du sexe apparaît donc répartie d'une manière assez uniforme selon la taille des ménages, mais cette uniformité recouvre en fait des différences très importantes dans le type

TABLEAU VI

**La dépense médicale totale et la part de l'hospitalisation  
selon le nombre de personnes du ménage**

	Dépense médicale totale (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe	Pourcentage représenté par l'hospita- lisation dans la dépense médicale totale
1 personne.....	173,14 <sup>(1)</sup>	1,30 <sup>(1)</sup>	0,90 <sup>(1)</sup>	21,9 <sup>(1)</sup>
2 personnes.....	203,57	1,52	1,16	34,1
3 ou 4 personnes.....	126,86	0,95	1,00	33,8
5 ou 6 personnes.....	105,88	0,79	0,93	37,2
7 personnes et plus.....	97,92	0,73	0,90	50,8
Ensemble des personnes.	133,68	1,00	1,00	35,3

<sup>(1)</sup> Cette valeur est sous-estimée en raison des modalités de l'enquête auprès des ménages (cf. texte, p. 17).

TABLEAU VII

**La consommation hospitalière  
en fonction du nombre de personnes du ménage**

	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	
1 personne.....	65 <sup>(1)</sup>	4,96 <sup>(1)</sup>	4,64 <sup>(1)</sup>	112 <sup>(1)</sup>	82 <sup>(1)</sup>	22,0 <sup>(1)</sup>
2 personnes.....	203	5,10	4,77	131	108	21,9
3 ou 4 personnes....	448	4,90	4,80	101	106	16,2
5 ou 6 personnes....	278	4,84	5,10	101	128	18,8
7 personnes et plus..	140	4,64	5,09	124	142	17,4
Ensemble des pers ..	1 134	4,89	4,89	110	110	18,3

<sup>(1)</sup> Cette valeur est sous-estimée en raison des modalités de l'enquête auprès des ménages (cf. texte, p. 17).

de soins consommés, puisque 34 % environ de cette dépense est due à l'hospitalisation pour les ménages peu nombreux ou moyens mais près de 51 % pour les personnes appartenant à des ménages nombreux. Les réserves formulées sur l'observation des hospitalisations des personnes vivant seules entraînent une sous-estimation de la part que représente l'hospitalisation dans leur dépense médicale totale, et ne permet pas de conclure en ce qui les concerne.

Cette variation des dépenses d'hospitalisation recouvre des phénomènes contradictoires sur deux plans. D'une part, la fréquentation hospitalière diminue régulièrement avec le nombre de personnes du ménage, alors que le nombre de jours passés en établissement hospitalier commence aussi par diminuer, stagne, puis croît, ce qui tient en partie à la variation irrégulière des durées de séjour.

TABLEAU VIII  
La consommation hospitalière par type d'établissement  
selon le nombre de personnes du ménage

	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
1 personne . . . . .	45 <sup>(1)</sup>	3,44 <sup>(1)</sup>	2,82 <sup>(1)</sup>	18,4 <sup>(1)</sup>
2 personnes . . . . .	92	2,31	1,97	23,3
3 ou 4 personnes . . . . .	176	1,93	1,93	16,9
5 ou 6 personnes . . . . .	115	2,00	2,22	16,3
7 personnes et plus . . . . .	78	2,59	2,97	16,2
Ensemble des personnes.	506	2,18	2,18	17,4
	CLINIQUES			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
1 personne . . . . .	14 <sup>(1)</sup>	1,07 <sup>(1)</sup>	1,13 <sup>(1)</sup>	13,9 <sup>(1)</sup>
2 personnes . . . . .	92	2,31	2,38	17,3
3 ou 4 personnes . . . . .	242	2,65	2,54	9,7
5 ou 6 personnes . . . . .	134	2,33	2,35	11,1
7 personnes et plus . . . . .	53	1,76	1,85	8,6
Ensemble des personnes.	535	2,31	2,31	11,3
(1) Cette valeur est sous-estimée en raison des modalités de l'enquête auprès des ménages (cf. texte, p. 17).				

D'autre part, la prise en compte de l'influence des pyramides démographiques, très différentes selon le nombre de personnes du ménage, inverse pratiquement les résultats; *la fréquentation hospitalière à sexe et âge égaux augmente avec le nombre de personnes du ménage*, de même que le nombre de jours passés en établissement hospitalier. C'est le seul critère pour lequel le redressement par âge et sexe modifie ainsi le sens même de la variation observée.

#### *La consommation hospitalière par type d'établissement*

Par contre, la fréquentation des hôpitaux généraux publics varie considérablement (de 1 à 1.5 environ, ce qui en termes de fréquentation est très important) avec la taille du ménage, elle est maximum pour les personnes vivant seules et celles appartenant à des ménages nombreux, elle est minimum pour les personnes appartenant à des ménages de 3 ou 4 personnes.

*A cette variation en u importante et très régulière (cf. graphique 2) de la fréquentation des hôpitaux généraux publics, quand augmente le nombre de personnes du ménage, est associée une variation complémentaire en n de la fréquentation des cliniques. L'effet est atténué mais reste très important si l'on considère les nombres de séjours redressés selon l'âge et le sexe. La variation des durées de séjours est beaucoup moins régulière, cette durée est maximum pour les personnes appartenant aux ménages de 1 ou 2 personnes, quel que soit le type d'établissement fréquenté.*

### **2.3. Le niveau d'instruction**

#### *Le niveau d'instruction générale individuel*

On considérera le niveau d'instruction générale individuel, c'est-à-dire celui de chacun des adultes ayant terminé ses études. Il s'agit donc ici d'un caractère propre à l'individu et non au ménage. Pour avoir des effectifs suffisamment nombreux, tant de personnes que de séjours, et de même ordre de grandeur, on a distingué uniquement trois niveaux d'instruction : les deux premiers (aucun diplôme et C.E.P.) n'étant pas ventilables plus finement, le troisième niveau est évidemment moins homogène puisqu'il regroupe toutes personnes ayant un diplôme égal ou supérieur au brevet (658 personnes ont le baccalauréat et 442 ont fait des études supérieures).

#### *La dépense d'hospitalisation et sa part dans la dépense médicale globale*

Parmi les adultes ayant terminé leurs études (qui forment 65,9 % de l'échantillon), la dépense d'hospitalisation est maximum pour ceux n'ayant aucun diplôme d'instruction générale.

Le niveau d'instruction ayant augmenté au cours du temps, l'effet de génération est très fort et les adultes sans diplôme d'instruction générale sont plus nombreux parmi les personnes âgées que parmi les jeunes adultes mais, même en tenant compte de ce phénomène, la dépense d'hospitalisation reste très élevée

TABLEAU IX

## La dépense d'hospitalisation selon le niveau d'instruction

	Nombre de personnes	Dépense d'hospitalisation (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe
Aucun diplôme.....	6 162	69,84	1,48	1,23
C.E.P.....	6 635	40,80	0,86	0,79
Brevet et au-delà.....	2 493	39,01	0,83	0,77
<i>Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études.</i>	7 906	37,48	0,79	1,07
Ensemble.....	23 196	47,18	1,00	1,00

pour les personnes sans diplôme, supérieure même à celle des personnes ayant un très bas revenu (les personnes simultanément sans diplôme et à revenu très bas sont évidemment nombreuses et en général âgées).

La dépense médicale totale varie peu avec le niveau d'instruction, du moins pour les adultes, mais la part représentée par la dépense d'hospitalisation diminue très sensiblement lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 24,6 à 41,7 %.

*L'influence du facteur culturel paraît donc très importante si ce n'est prépondérante sur la dépense d'hospitalisation.*

TABLEAU X

## La dépense médicale totale et la part de l'hospitalisation selon le niveau d'instruction individuel

	Dépense médicale totale (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe	Pourcentage représenté par l'hospitalisation dans la dépense médicale totale
Aucun diplôme.....	167,45	1,25	1,02	41,7
C.E.P.....	139,94	1,05	0,94	29,2
Brevet et au-delà.....	158,88	1,19	1,10	24,6
<i>Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études.</i>	94,21	0,70	1,01	39,8
Ensemble.....	133,68	1,00	1,00	35,3



*La consommation hospitalière par type d'établissement*

L'importante différence observée entre les dépenses d'hospitalisation selon le niveau d'instruction se retrouve au niveau de la fréquentation et du nombre de jours passés en établissement, relativement élevés, pour les personnes n'ayant aucun diplôme.

GRAPHIQUE 3

La consommation hospitalière en fonction du niveau d'instruction

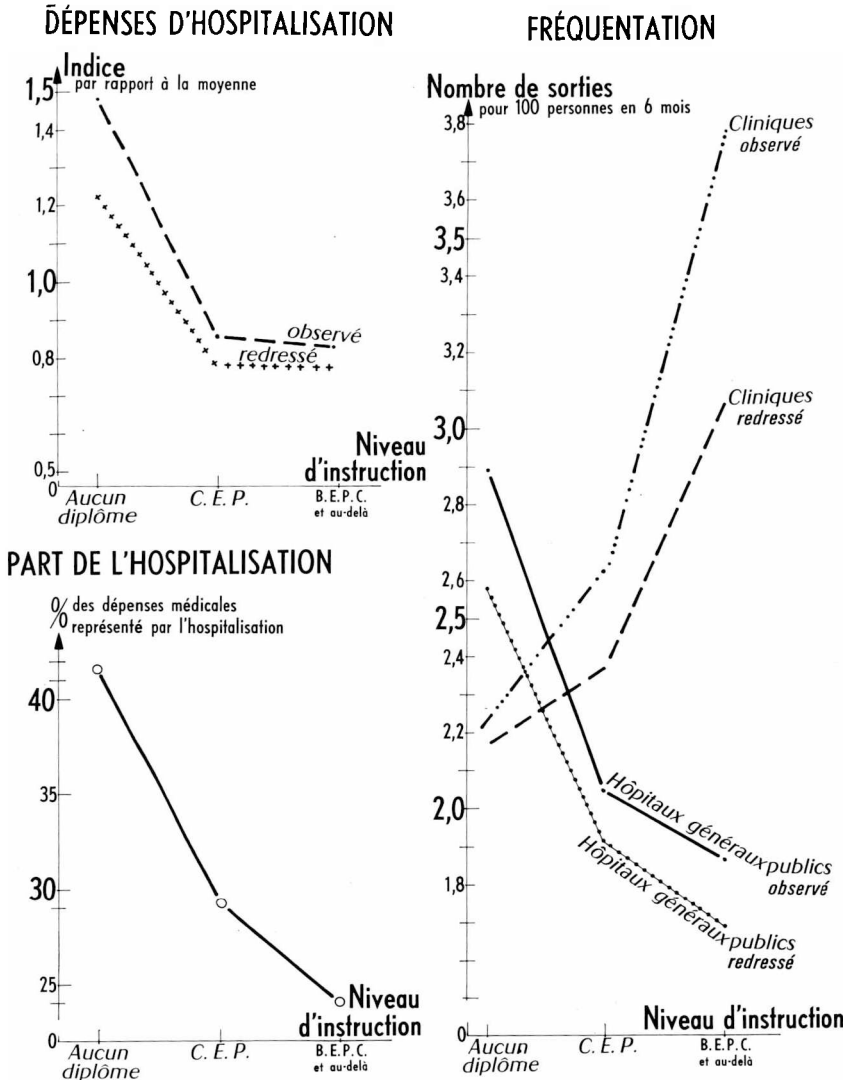


TABLEAU XI

La consommation hospitalière en fonction du niveau d'instruction individuel

	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	
Aucun diplôme	349	5,66	5,26	154	134	22,5
C.E.P.....	333	5,02	4,58	90	85	15,7
Brevet et au-delà	153	6,21	5,33	104	99	16,6
<i>Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études.....</i>	299	3,78	4,65	95	116	17,3
Ensemble.....	1 134	4,89	4,89	110	110	18,3

TABLEAU XII

La consommation hospitalière par type d'établissement selon le niveau d'instruction individuel

	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Aucun diplôme.....	178	2,89	2,58	21,3
C.E.P.....	136	2,05	1,91	15,8
Brevet et au-delà.....	46	1,87	1,69	16,3
<i>Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études.</i>	146	1,85	2,25	14,3
Ensemble.....	506	2,18	2,18	17,4
	CLINIQUES			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Aucun diplôme.....	138	2,24	2,17	16,4
C.E.P.....	175	2,64	2,37	11,1
Brevet et au-delà.....	93	3,78	3,07	10,7
<i>Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études</i>	129	1,63	2,00	6,8
Ensemble.....	535	2,31	2,31	11,3

De même, les établissements fréquentés sont très différents : 51 % des séjours des personnes n'ayant aucun diplôme se déroulent dans des hôpitaux généraux publics et 30 % seulement de ceux des personnes ayant le brevet et au-delà. Ainsi la fréquentation des hôpitaux généraux publics diminue systématiquement avec le niveau d'instruction individuel alors que celle des cliniques augmente et l'écart est grand, même si l'on tient compte des structures par âge et sexe différentes (cf. graphique 3 et tableau XII).

Dans un même type d'établissement, les durées de séjours sont toujours plus longues pour les personnes n'ayant pas de diplôme.

#### **2.4. La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage**

Pour analyser des groupes socialement et culturellement homogènes, les chefs de ménages « inactifs » ont été classés dans le groupe de la dernière profession qu'ils avaient exercée, s'ils étaient retraités, retirés des affaires ou chômeurs.

##### *La dépense d'hospitalisation et sa part dans la dépense médicale globale*

La dépense d'hospitalisation varie considérablement selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage; elle est calculée pour 6 groupes couvrant 86 % de la population et relativement homogènes :

- exploitants agricoles (1);
- patrons de l'industrie et du commerce;
- professions libérales et cadres supérieurs;
- cadres moyens;
- employés;
- ouvriers;

et des regroupements ont été effectués pour que les données, très aléatoires sur la dépense d'hospitalisation, puissent être fiables.

La dépense d'hospitalisation est maximum pour les ouvriers et minimum pour les indépendants et elle semble particulièrement faible pour les patrons de l'industrie et du commerce. Le redressement en fonction des structures par âge et sexe accentue les différences et l'écart entre les ouvriers et les indépendants est de l'ordre du simple au double.

Le groupe « autres salariés » a une dépense d'hospitalisation assez faible.

La dépense médicale globale varie sensiblement moins selon les catégories socio-professionnelles et surtout dans un ordre et des proportions différents de ceux observés pour la dépense d'hospitalisation. Si les indépendants restent ceux dont la dépense est la plus faible, ils se sont sensiblement rapprochés de celle des ouvriers, qui a été elle-même dépassée par la dépense des autres salariés:

---

(1) Il s'agit en réalité de personnes appartenant à des ménages dont le chef est exploitant agricole, la même convention sera utilisée dans la suite du texte pour alléger l'expression.

TABLEAU XIII

**La dépense d'hospitalisation selon la catégorie socio-professionnelle  
du chef de ménage**

*(les inactifs sont ventilés selon la dernière profession exercée)*

	Nombre de personnes	Dépense d'hospita- lisation (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe
Indépendants dont :	5 160	32,56	0,69	0,64
<i>Exploitants agricoles...</i>	2 904	37,23	0,79	0,73
<i>Patrons de l'industrie et     du commerce.....</i>	2 256	26,54	0,56	0,54
Ouvriers.....	9 122	53,47	1,13	1,20
Autres salariés dont :	5 723	38,91	0,82	0,84
<i>Employés.....</i>	1 906	39,30	0,83	0,81
<i>Cadres moyens.....</i>	2 211	32,19	0,68	0,71
<i>Cadres supérieurs et pro-     fessions libérales....</i>	1 595	47,76	1,01	1,05

TABLEAU XIV

**La dépense médicale totale et la part de l'hospitalisation  
selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage**

*(les inactifs sont ventilés selon la dernière profession exercée)*

	Dépense médicale totale (par personne en 3 mois)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe	Pourcentage représenté par l'hospita- lisation dans la dépense médicale totale
Indépendants dont :	109,97	0,82	0,76	29,6
<i>Exploitants agricoles...</i>	110,54	0,83	0,76	33,7
<i>Patrons de l'industrie et     du commerce.....</i>	109,23	0,82	0,77	24,3
Ouvriers.....	131,55	0,98	1,04	40,7
Autres salariés dont :	143,75	1,08	1,09	27,1
<i>Employés.....</i>	144,69	1,08	1,06	27,2
<i>Cadres moyens.....</i>	133,35	1,00	1,04	24,1
<i>Cadres supérieurs et pro-     fessions libérales....</i>	157,06	1,17	1,21	30,4

ces derniers se trouvent ainsi avoir la dépense médicale totale maximum. Le redressement en fonction de l'âge et du sexe diminue assez sensiblement l'écart entre les ouvriers et les autres salariés, mais accentue celui existant avec les indépendants.

*Près de 41 % de la dépense médicale des ouvriers est entraînée par l'hospitalisation contre seulement 29,6 % pour les indépendants et 27,1 % pour les autres salariés : c'est donc à ce niveau de structure des dépenses médicales que s'observent les plus grandes différences entre groupes sociaux. La part des facteurs sociaux et économiques est très difficile à faire dans ce cas, où les différences de morbidité sont certaines et connues sans que leur impact sur les types de soins consommés ait pu être mesuré jusqu'à ce jour.*

#### *La consommation hospitalière par type d'établissement*

Les différences observées entre les dépenses d'hospitalisation sont dues en partie aux variations de fréquentation hospitalière; en effet, contrairement aux autres critères déjà étudiés, *la fréquentation hospitalière varie assez sensiblement* selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage. Le nombre

TABLEAU XV

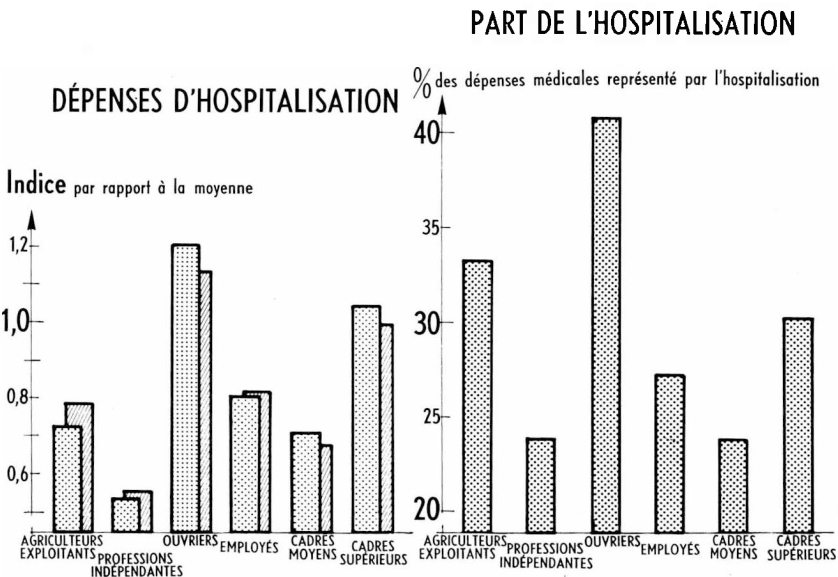
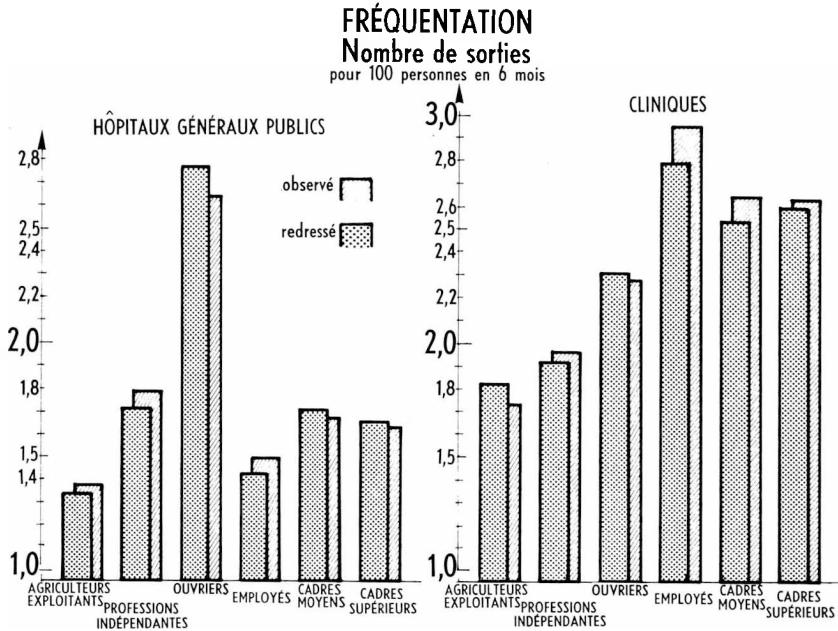
#### La consommation hospitalière selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

*(les inactifs sont ventilés selon la dernière profession exercée)*

	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	Observé	Redressé en fonction de l'âge et du sexe	
Indépendants dont :	191	3,70	3,70	76	72	18,7
<i>Exploitants agricoles...</i>	101	3,47	3,51	81	76	21,1
<i>Patrons de l'industrie et du commerce...</i>	90	3,99	3,92	68	66	16,0
Ouvriers...	486	5,33	5,42	132	137	19,1
Autres salariés dont :	278	4,86	4,75	90	92	15,7
<i>Employés...</i>	97	5,08	4,87	139	137	25,6
<i>Cadres moyens...</i>	109	4,90	4,50	52	54	10,0
<i>Cadres supérieurs et professions libérales...</i>	72	4,52	4,81	86	88	11,0
Salariés agricoles...	30	4,29	4,39	112	108	18,3
Inactifs et personnels de service...	105	6,19	6,11	153	139	20,6

## GRAPHIQUE 4

La consommation hospitalière en fonction de la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage



de séjours pour 100 personnes, en 6 mois, redressé selon l'âge et le sexe, passe de 3,51 pour les exploitants agricoles et 3,92 pour les indépendants à 5,42 pour les ouvriers et 6,11 pour les inactifs <sup>(1)</sup> et personnels de service : soit une variation de 1 à 1,75. On a déjà souligné de nombreuses fois la réticence des exploitants agricoles et des indépendants à quitter leur exploitation ou leur entreprise.

Les groupes médians sont par ordre de fréquentation croissante : les salariés agricoles (4,39), les cadres supérieurs et professions libérales (4,50), les cadres moyens (4,81) et les employés (4,87).

Cette partition de la population apporte donc un élément totalement différent de ceux déjà appréhendés par le revenu, le niveau d'instruction du chef de ménage et le nombre de personnes. Cette grande diversité de comportement dans la fréquentation se traduit aussi par la répartition différente selon le type d'établissement et des durées de séjours très inégales : un cadre moyen ou supérieur reste en moyenne 10 à 11 jours en établissement hospitalier, un ouvrier 19 jours, un exploitant agricole 21 jours. Là aussi, ce critère apporte une information originale car on observe (*cf.* tableau XVI) des durées longues pour une faible fréquentation (exploitants agricoles) tout aussi bien que des durées longues pour une forte fréquentation (ouvriers et inactifs-personnels de service ou pour les indépendants qui sont les plus faibles consommateurs d'hospitalisation) et des durées et des fréquentations très faibles (cadres supérieurs).

La répartition entre établissements généraux publics et privés est tout aussi variable puisque 58,6 % des séjours des inactifs ont lieu en établissement public, alors que cette proportion n'est que de 33,3 % pour les employés.

## 2.5. Les autres facteurs

### *Protection complémentaire <sup>(2)</sup> à la Sécurité Sociale*

La dépense d'hospitalisation des personnes protégées par la Sécurité Sociale et une mutuelle est légèrement inférieure à celle des personnes uniquement protégées par la Sécurité Sociale.

*La fréquentation hospitalière globale est sensiblement la même, le nombre de jours passés en établissement est de 1,28 pour les personnes protégées exclusivement par la Sécurité Sociale et de 0,89 pour celles bénéficiant en outre d'une protection complémentaire et/ou d'une assurance privée.*

Les personnes protégées exclusivement par la Sécurité Sociale se font plus souvent hospitaliser dans les hôpitaux généraux publics (2,66 séjours pour 100 personnes en 6 mois contre 1,74 pour celles ayant une protection complémentaire) et *pour plus longtemps* (les durées de séjours respectives dans les hôpitaux publics sont de 20,4 et 13 jours); corrélativement, la fréquentation des

---

(1) On trouve ici, entre autres, les chefs de ménage n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle; ce sont surtout des veuves.

(2) Mutuelle ou assurance privée.

TABLEAU XVI

**La consommation hospitalière par type d'établissement  
selon la catégorie socio-professionnelle  
du chef de ménage**

*(les inactifs sont ventilés selon la dernière profession exercée)*

	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Indépendants dont :	80	1,55	1,52	18,8
<i>Exploitants agricoles...</i>	40	1,37	1,33	23,8
<i>Patrons de l'industrie et du commerce.....</i>	40	1,77	1,73	12,4
Ouvriers.....	243	2,66	2,73	17,7
Autres salariés dont :	91	1,59	1,58	13,5
<i>Employés.....</i>	28	1,47	1,41	23,7
<i>Cadres moyens.....</i>	37	1,66	1,67	10,7
<i>Cadres supérieurs et professions libérales.....</i>	26	1,63	1,65	7,8
Salariés agricoles.....	19 (1)	2,72 (1)	2,67 (1)	19,3 (1)
Inactifs et personnels de service.....	58	3,42	3,36	19,9
	CLINIQUES			
	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne de séjour
		Observé	Redressé	
Indépendants dont :	94	1,82	1,86	11,4
<i>Exploitants agricoles...</i>	50	1,72	1,82	12,1
<i>Patrons de l'industrie et du commerce.....</i>	44	1,95	1,93	10,5
Ouvriers.....	205	2,25	2,27	11,6
Autres salariés dont :	157	2,74	2,64	10,1
<i>Employés.....</i>	56	2,94	2,79	14,4
<i>Cadres moyens.....</i>	59	2,65	2,54	7,4
<i>Cadres supérieurs et professions libérales.....</i>	42	2,64	2,59	8,3
Salariés agricoles.....	11 (1)	1,57 (1)	1,67 (1)	16,6 (1)
Inactifs et personnels de service.....	41	2,42	2,39	14,4
(1) Résultats non significatifs fournis en vue d'éventuels regroupements.				



cliniques est moins élevée pour elles (respectivement 1,85 et 2,68) mais les *durées de séjours sont toujours plus longues* quoique dans une moindre mesure (13,7 et 10,5 jours). Le redressement par âge et sexe ne modifie que peu ces résultats.

#### *La taille de la commune de résidence*

On observe une croissance des dépenses d'hospitalisation lorsque la taille des communes où résident les patients augmente.

La fréquentation des hôpitaux généraux publics varie peu avec la taille des communes, les durées de séjours sont maximum pour les habitants des communes rurales et minimum pour les habitants des petites villes (de 20 000 à moins de 100 000 habitants), le même phénomène s'observe pour les durées de séjours en cliniques. La fréquentation des cliniques, par contre, augmente régulièrement et d'une façon beaucoup plus importante avec la taille de la commune : c'est donc cette fréquentation des établissements privés qui entraîne globalement l'augmentation de la fréquentation hospitalière observée avec l'augmentation de la taille des communes.

### 3. INFLUENCE SIMULTANÉE DE DEUX FACTEURS

Les différents caractères économiques et sociaux étudiés au chapitre précédent sont statistiquement liés, autrement dit, la proportion, par exemple, des personnes qu'on retrouve simultanément dans les groupes défavorisés sur divers plans (économique, culturel) est relativement importante : on peut donc se demander si l'effet observé d'un caractère est bien un effet propre ou s'il est induit par les liaisons fortes existant entre les caractéristiques sociales et économiques. C'est pourquoi l'étude simultanée de deux ou plusieurs caractères est d'un grand intérêt.

Cette étude des effets croisés présente de nombreuses difficultés du fait de la très grande dispersion des variables prises en compte : les tests habituels de la statistique mathématique sont inadaptés à ce type de données, et il est donc malaisé d'apprécier la signification des effets observés dès lors qu'ils sont mélangés à des aléas importants. Pour diminuer ces aléas, on est conduit à opérer des regroupements, au risque de perdre en finesse d'observation (cette perte peut être importante dans le cas où la liaison n'est pas monotone); nous avons cependant tenté cette analyse, pour les variables en quantité, les mieux connues puisqu'observées sur 6 mois.

Comme dans le chapitre précédent, les variables les plus significatives sont la *durée de séjour et le choix du type d'établissement*; le taux de fréquentation, par contre, semble moins dépendre des caractères socio-économiques et soumis à un plus grand aléa.

En dépit des réserves faites plus haut, deux conclusions semblent se dégager de l'analyse globale des résultats :

— d'une part, on observe des effets systématiquement opposés des différents critères pour les petites familles et pour les grandes, en ce qui concerne les taux de fréquentation; ainsi, par exemple, le taux de fréquentation croît avec le revenu pour les ménages de 2 à 4 personnes alors qu'il décroît pour les ménages de 5 personnes et plus. Tout se passe donc pour cette variable comme si l'accroissement de la taille du ménage était un facteur d'aggravation des conditions de vie pour les couches défavorisées, et d'amélioration pour les groupes les plus favorisés;

— d'autre part, dès qu'un groupe est favorisé selon un caractère, les autres facteurs socio-économiques semblent avoir moins d'influence sur la consommation d'hospitalisation, alors qu'un groupe défavorisé selon un caractère est extrêmement sensible aux variations des autres facteurs. Ainsi, par exemple, la durée moyenne de séjour des personnes ayant les revenus les plus bas est supérieure de 47 % à celle des personnes ayant les revenus les plus hauts pour les assurés sociaux mutualistes, alors qu'elle est supérieure de 145 % pour les assurés sociaux non mutualistes. Tout se passe donc comme si le rôle social de l'hôpital prenait une importance d'autant plus grande que les facteurs de pauvreté s'accumulent.

### 3.1. Le revenu et le nombre de personnes du ménage

Il existe une liaison forte et bien connue entre le nombre de personnes du ménage et son revenu : en moyenne, le revenu des ménages augmente avec le nombre de personnes. Or, comme on vient de le voir, ces deux critères ont sur la dépense d'hospitalisation des effets inverses; il s'ensuit que les familles nombreuses à très bas revenus ont vraisemblablement une dépense d'hospitalisation particulièrement forte et, réciproquement, les ménages peu nombreux, à hauts revenus, une dépense particulièrement faible. La taille de l'échantillon ne permet pas de vérifier cette hypothèse en termes de dépenses, mais, par contre, une analyse (nombre de sorties, de jours) des établissements fréquentés <sup>(1)</sup> en fonction du revenu a pu être faite et corrobore totalement les hypothèses émises sur les dépenses.

#### *Analyse globale en nombre de sorties et de jours*

A l'exclusion des ménages de 1 personne, pour lesquels l'hospitalisation est systématiquement sous-estimée, on a regroupé pour cette analyse globale les ménages selon leur taille en deux groupes : 2 à 4 personnes, et 5 personnes et plus, afin d'avoir des effectifs suffisants et de couvrir toute la population. Alors que dans les ménages de 2 à 4 personnes, la fréquentation hospitalière augmente avec le revenu, elle diminue systématiquement quand le revenu augmente pour les ménages de 5 personnes et plus : *l'influence apparemment faible du revenu sur la fréquentation hospitalière* dans la population totale, est donc la résultante de deux effets importants mais de sens contraire selon que les ménages sont nombreux ou non (*cf.* tableau XVII et graphique 5).

---

(1) Rappelons que les fréquentations sont analysées sur 6 mois, donc sur échantillon de séjours dépassant le millier.

TABLEAU XVII

La consommation hospitalière selon le revenu et le nombre de personnes du ménage

Revenus	Nombre de personnes		Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois				Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois				Durée moyenne observée	
			Observé		Redressé en fonction de l'âge et du sexe		Observé		Redressé en fonction de l'âge et du sexe			
	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus
Très bas.....	3 792	808	4,64	5,69	4,48	5,82	153	188	135	190	23,9	28,4
Bas.....	2 327	1 713	4,88	5,60	4,84	5,77	91	159	94	162	17,1	22,0
Moyens.....	3 256	3 016	5,28	4,77	5,28	4,96	97	73	106	73	20,2	12,4
Hauts.....	2 616	2 376	5,31	3,66	5,27	3,70	72	76	77	78	10,9	16,5
Tous revenus (y. c. non déclarés).....	13 124	8 762	4,96	4,77	4,79	5,10	110	109	106	123	18,0	18,3

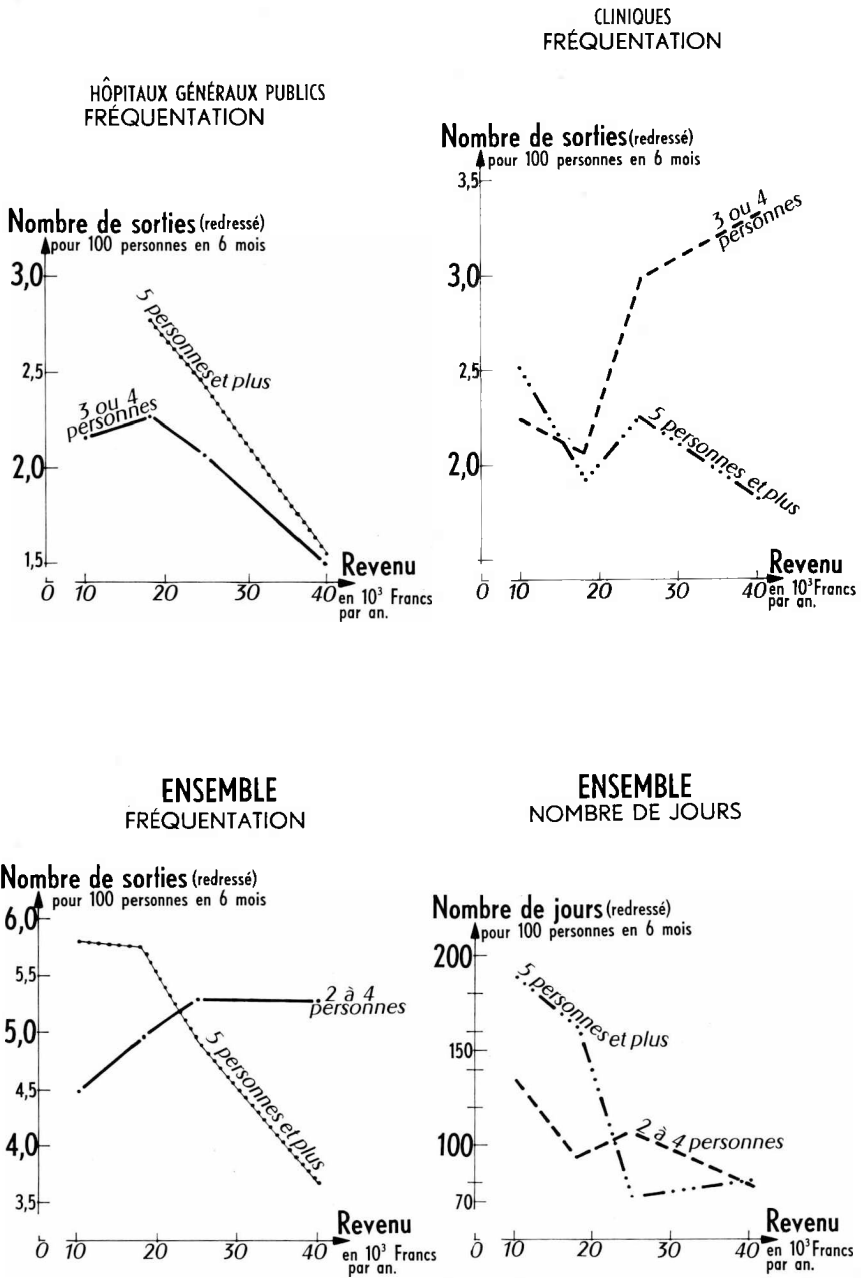
TABLEAU XVIII

La consommation hospitalière des personnes vivant dans les ménages de 3 ou 4 personnes  
en fonction du revenu

Revenus	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
Très bas.....	1 781	39	2,19	2,17	18,1	39	2,19	2,26	11,4	89	5,00	5,07	24,0
Bas.....	1 772	41	2,31	2,27	21,5	37	2,09	2,07	9,8	81	4,57	4,54	16,4
Moyens.....	2 588	53	2,05	2,06	15,9	77	2,98	2,95	9,8	138	5,33	5,34	15,9
Hauts.....	2 172	32	1,47	1,49	12,1	73	3,36	3,31	8,0	112	5,16	5,11	10,5
Tous revenus (y. c. non déclarés)...	9 140	176	1,93	1,93	16,9	242	2,65	2,54	9,7	448	4,90	4,80	16,2

## GRAPHIQUE 5

**La consommation hospitalière  
en fonction du revenu et du nombre de personnes du ménage**



Bien que la fréquentation hospitalière augmente avec le revenu pour les ménages peu nombreux, le nombre de jours passés en établissement, lui, diminue en fonction du revenu, mais beaucoup moins rapidement que pour les ménages nombreux. On s'est efforcé de préciser ce résultat en analysant des groupes de ménages plus restreints mais plus homogènes.

#### *Les hospitalisations dans les ménages de 3 ou 4 personnes*

9 140 personnes de l'échantillon vivent dans les ménages de 3 ou 4 personnes. Dans ces ménages de taille moyenne, l'influence du revenu apparaît très nettement sur *le type d'établissement fréquenté et la durée des séjours*, alors que la consommation hospitalière globale varie peu (*cf.* tableau XVIII). On observe peu de différences entre les consommations hospitalières des personnes ayant des revenus très bas ou bas, mais *dès que sont atteints les revenus moyens, la fréquentation des hôpitaux généraux publics diminue très nettement et corrélativement celle des cliniques augmente* : ainsi, pour les personnes ayant des revenus très bas ou bas, 51,3 % des sorties en établissement général ont lieu dans le secteur public et 48,7 % dans le secteur privé, alors que pour les personnes ayant des hauts revenus, ces pourcentages sont de 30,5 % dans le secteur public et 69,5 % dans le secteur privé. *Les durées moyennes de séjour diminuent très sensiblement avec le revenu*, ce qui tient d'une part à la répartition entre les secteurs public et privé, les séjours étant en moyenne plus courts dans ce dernier et d'autre part, au fait que pour un type d'établissement donné, la durée diminue avec le revenu. Par rapport à la population totale, les personnes appartenant à ces ménages de petite taille ont une consommation hospitalière légèrement inférieure, tant en fréquentation qu'en durée.

#### *Les hospitalisations dans les ménages nombreux*

*Globalement, la fréquentation hospitalière diminue très sensiblement dans les familles nombreuses lorsque le revenu augmente* : pour les ménages de 5 et 6 personnes, le nombre de sorties, en 6 mois, diminue d'environ 60 %, lorsqu'on passe des bas et très bas revenus aux hauts revenus ; le même phénomène s'observe pour les ménages de 7 personnes et plus (*cf.* tableau XIX). Il est d'autant plus important de *souligner ce très fort effet du revenu*, que globalement la fréquentation hospitalière des personnes appartenant à des ménages nombreux est supérieure à celle de la population totale. Les variations observées sur les durées sont, par contre, beaucoup plus irrégulières.

La répartition entre secteur public et secteur privé n'a pu être faite qu'en regroupant toutes les personnes appartenant à des ménages de 5 personnes et plus. La fréquentation des hôpitaux généraux publics diminue considérablement quand le revenu augmente, plus rapidement que pour les personnes appartenant à des ménages moyens (*cf.* graphique 5). Bien que de manière beaucoup moins nette, la fréquentation des cliniques semble aussi diminuer quand le revenu croît. Pour tous les types d'établissements, la durée de séjour diminue bien qu'irrégulièrement quand le revenu augmente.

TABLEAU XIX

**La consommation hospitalière (tous établissements)  
selon le revenu  
pour les personnes appartenant aux ménages nombreux**

Revenus	5 et 6 PERSONNES				
	Nombre de personnes	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé	
Très bas.....	651	37	5,68	5,71	19,8
Bas.....	1 298	75	5,78	5,80	25,7
Moyens.....	1 882	91	4,84	4,86	12,3
Hauts.....	1 416	51	3,60	3,58	18,1
Tous revenus (y. c. non déclarés)...	5 746	278	4,84	5,10	18,8
Revenus	7 PERSONNES et PLUS				
	Nombre de personnes	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé	
Très bas.....	157	9 (1)	5,73 (1)	5,73 (1)	63,7 (1)
Bas.....	415	21	5,06	5,21	9,0
Moyens.....	1 134	53	4,67	4,82	12,4
Hauts.....	960	36	3,75	3,63	14,3
Tous revenus (y. c. non déclarés)...	3 016	140	4,64	5,09	17,4
(1) Résultats non significatifs fournis en vue d'éventuels regroupements					

*Dans l'ensemble, la fréquentation hospitalière diminue considérablement (de 1,6 à 1 environ) pour les ménages nombreux quand le revenu augmente, alors que pour les ménages de 3 ou 4 personnes, cette fréquentation varie peu en fonction du revenu.*

*L'influence du nombre de personnes du ménage pour une même classe de revenu*

On peut considérer, réciproquement, pour une classe de revenu donné, l'influence de la taille du ménage sur la consommation hospitalière; en ce cas, on mesure simultanément l'influence d'une baisse du niveau de vie *per capita* ou, du moins, des possibilités financières et un comportement lié à la taille du ménage.

TABLEAU XX

La consommation hospitalière par type d'établissement pour les ménages de 5 personnes et plus en fonction du revenu

Revenus	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
Très bas.....	808	19	2,35 <sup>(1)</sup>	—	—	20	2,48	2,52	13,4	46	5,69	5,71	28,4
Bas.....	1 713	48	2,80	2,77	18,6	32	1,87	1,94	9,0	96	5,60	5,66	22,0
Moyens.....	3 016	72	2,39	2,42	13,5	67	2,22	2,25	10,2	144	4,77	4,84	12,4
Hauts.....	2 376	36	1,51	1,52	14,6	45	1,89	1,82	7,8	87	3,66	3,60	16,5
Tous revenus (y. c. non déclarés)...	8 762	193	2,20	2,48	14,6	187	2,13	2,18	10,4	418	4,77	5,10	18,3

<sup>(1)</sup> Résultats non significatifs fournis en vue d'éventuels regroupements



En passant des ménages de 3 ou 4 personnes à ceux de 5 personnes et plus, on observe pour un même revenu (donc pour un niveau de vie nettement inférieur), une augmentation du *nombre de sorties par personne* en hôpital général public de :

— 21 % pour les bas revenus (respectivement 2,31 et 2,80 sorties, en 6 mois, pour 100 personnes);

— 17 % pour les revenus moyens (respectivement 2,05 et 2,39 sorties, en 6 mois, pour 100 personnes);

— pratiquement inexistant (3 %) pour les hauts revenus (respectivement 1,47 et 1,52 sorties, en 6 mois, pour 100 personnes).

Corrélativement, et pour les mêmes populations, on observe lorsque la taille du ménage augmente (passant, pour un même revenu, des ménages de 3 et 4 personnes à ceux de 5 personnes et plus), une diminution très sensible de la fréquentation des cliniques :

— de 12 % pour les bas revenus (respectivement 2,09 et 1,87 sorties, pour 100 personnes, en 6 mois);

— de 34 % pour les revenus moyens (respectivement 2,98 et 2,22 sorties, pour 100 personnes, en 6 mois);

— de 78 % pour les hauts revenus (respectivement 3,96 et 1,89 sorties, pour 100 personnes, en 6 mois).

A revenu égal, l'augmentation du nombre de personnes du ménage entraîne donc une décroissance dans la fréquentation des cliniques, d'autant plus rapide que le revenu est élevé. Cette diminution est compensée par un accroissement de la fréquentation des hôpitaux publics pour les *ménages ayant des bas revenus*, où l'on observe 4,40 sorties (pour 100 personnes, en 6 mois) dans les établissements généraux publics et privés pour les personnes appartenant à des ménages de 3 ou 4 personnes et 4,67 pour celles appartenant à des ménages de 5 personnes et plus. Cette compensation n'a pas lieu pour les ménages à moyens et hauts revenus et *la fréquentation des établissements généraux, pour une classe de revenu donnée, diminue quand le nombre de personnes du ménage augmente.*

### **3.2. Le niveau d'instruction du chef de ménage et le revenu**

Afin d'intégrer les enfants, on a considéré le niveau d'instruction du chef de ménage dans l'analyse des fréquentations. Par rapport à l'analyse en fonction du niveau d'instruction individuel, les résultats sont sensiblement les mêmes, quoique un peu moins accentués.

*La consommation hospitalière par type d'établissement selon le niveau d'instruction du chef de ménage*

Alors que globalement, la fréquentation hospitalière varie peu avec le niveau d'instruction du chef de ménage, on observe une fréquentation des hôpitaux généraux publics qui diminue considérablement (de 1,57 à 1 pour les données redressées en fonction de l'âge et du sexe) quand le niveau d'instruction du chef de ménage augmente, et, corrélativement, une augmentation légèrement moins

accentuée de la fréquentation des cliniques (de 1,44 à 1 pour les données redressées en fonction de l'âge et du sexe).

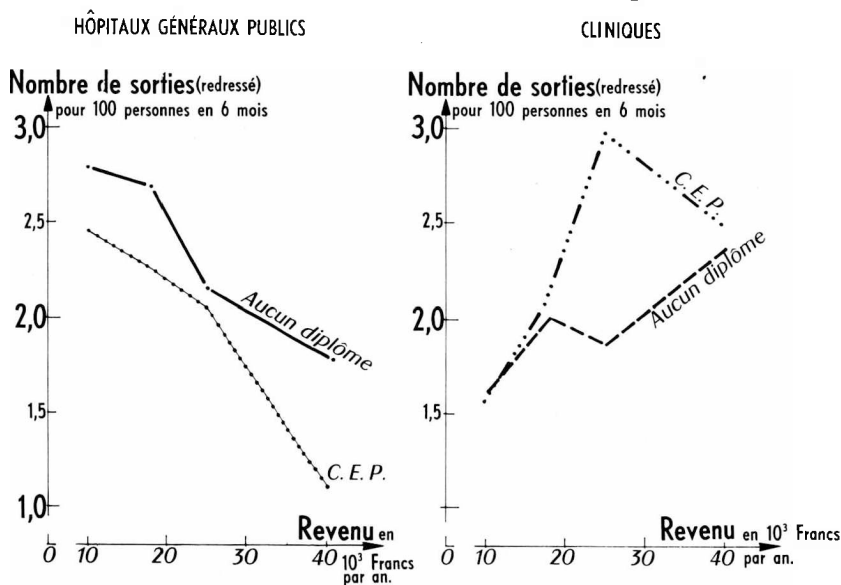
Les séjours en hôpitaux généraux publics représentent 51,6 % de l'ensemble des séjours en établissements hospitaliers quand le chef n'a aucun diplôme, 41,2 % pour ceux ayant le certificat d'études primaires, et seulement 31,6 % pour ceux ayant le brevet ou un diplôme supérieur (1).

Cette fréquentation différente des hôpitaux publics et des cliniques s'accompagne d'une diminution systématique des durées de séjour dans chacun des types d'établissements quand le niveau d'instruction du chef de ménage augmente (cf. tableau XXI et graphique 6), diminution plus accentuée dans les hôpitaux généraux publics (de 1,61 à 1) que dans les cliniques (de 1,40 à 1).

Le nombre de jours passés dans les hôpitaux généraux publics, qui résulte de la fréquentation et de la durée du séjour (2) diminue donc d'une manière très sensible avec le niveau d'instruction du chef de ménage, passant de 55 jours (pour 100 personnes, en 6 mois) pour les personnes dont le chef de ménage n'a aucun diplôme, à 19 jours pour celles dont le chef a un diplôme égal ou supérieur au brevet : ces personnes passent donc environ trois fois moins de jours

GRAPHIQUE 6

La fréquentation hospitalière en fonction du revenu et du niveau d'instruction du chef de ménage



(1) Sur les 23 196 personnes de l'échantillon, 975 personnes appartiennent à des ménages dont le chef a fait des études supérieures (on observe pour elles 16 séjours en hôpital général public et 35 en clinique) et 1 031 appartiennent à des ménages dont le chef a le baccalauréat (on observe pour elles 19 séjours en hôpital général public et 27 en clinique).

(2) Cf. cependant le paragraphe 1.2.c), page 10.

TABLEAU XXI

La consommation hospitalière selon le niveau d'instruction du chef de ménage  
et par type d'établissement

Niveau d'instruction du chef de ménage	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
Rien.....	9 268	236	2,55	2,54	19,2	180	1,94	2,01	13,3	457	49,3	5,00	21,4
C.E.P.....	9 742	184	1,89	1,90	15,9	229	2,35	2,33	10,9	447	4,59	4,58	17,0
Brevet et plus....	3 708	60	1,62	1,61	11,9	113	3,05	2,90	9,5	190	5,12	4,99	14,2
Ensemble.....	23 196	506	2,18	2,18	17,4	535	2,31	2,31	11,3	1 134	4,89	4,89	18,3

TABLEAU XXII

L'influence du revenu sur la consommation hospitalière  
par type d'établissement pour différents niveaux d'instruction du chef de ménage

	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
<i>Rien :</i>													
Revenus très bas...	3 072	87	2,83	2,79	18,2	54	1,76	1,81	17,6	160	5,21	5,22	25,3
Revenus bas.....	1 956	50	2,56	2,69	25,1	39	1,99	2,00	10,8	99	5,06	5,18	21,8
Revenus moyens...	2 311	49	2,12	2,15	13,7	42	1,82	1,87	11,0	97	4,20	4,30	15,3
Hauts revenus....	1 123	20	1,78	1,80	17,0	26	2,32	2,37	8,4	49	4,36	4,46	12,7
<i>C.E.P.</i>													
Revenus très bas...	2 163	52	2,40	2,45	20,2	39	1,80	1,79	15,3	98	4,53	4,57	22,8
Revenus bas.....	1 751	41	2,34	2,27	14,7	37	2,11	2,11	9,6	89	5,08	5,01	19,0
Revenus moyens...	3 041	62	2,04	2,05	14,0	91	2,99	2,96	10,3	162	5,33	5,30	14,2
Hauts revenus....	1 967	21	1,07	1,10	11,2	49	2,49	2,49	9,8	75	3,81	3,83	13,2

TABLEAU XXIII

La consommation hospitalière selon le niveau d'instruction  
pour les personnes de hauts revenus

Niveau d'instruction du chef de ménage	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
Rien.....	1 123	20	1,73	1,80	17,0	26	2,32	2,37	8,4	49	4,36	4,46	12,7
C.E.P. ....	1 967	21	1,07	1,10	11,2	49	2,49	2,49	9,8	75	3,81	3,83	13,2
Brevet et au-delà.	1 863	28	1,50	1,48	10,4	60	3,22	3,18	7,1	96	5,15	5,10	12,6

dans les hôpitaux généraux publics que les premières. Pour les cliniques, il y a pratiquement compensation entre l'augmentation de la fréquentation et la diminution de la durée de séjour.

#### *L'influence du revenu pour différents niveaux d'instruction du chef de ménage*

La fréquentation des hôpitaux généraux publics est, à revenu égal, toujours supérieure pour les personnes dont le chef n'a pas de diplôme, alors que la fréquentation des cliniques, elle, est inférieure.

En outre, l'influence du revenu sur la fréquentation des hôpitaux généraux publics est *plus régulière et plus systématique* lorsqu'on considère les personnes dont le chef a le même niveau d'instruction. La chute de fréquentation en fonction du revenu semble parallèlement plus importante au niveau du C.E.P. (de 2,23 à 1 au lieu de 1,58 à 1) que dans la population totale, il n'est malheureusement pas possible d'examiner ce point pour les personnes dont le chef de ménage a un niveau d'instruction égal ou supérieur au brevet.

Pour un même niveau d'instruction du chef de ménage, les durées de séjour diminuent systématiquement lorsque le revenu augmente, aussi bien dans les hôpitaux généraux publics que dans les cliniques; la décroissance est plus accentuée pour les personnes dont le chef de ménage n'a aucun diplôme.

#### *L'influence du niveau d'instruction pour les hauts revenus*

Dans le groupe des hauts revenus, on peut analyser l'influence du niveau d'instruction; pour ces personnes, quel que soit le niveau d'instruction du chef de ménage, la fréquentation des cliniques est toujours nettement supérieure à celle des hôpitaux (cf. tableau XXII) et elle augmente très sensiblement avec le niveau d'instruction : de même, les durées de séjours diminuent, dans chacun des types d'établissements, quand le niveau d'instruction augmente, mais elles sont toujours très nettement inférieures à celles observées pour le même niveau d'instruction dans l'ensemble de la population.

### **3.3. Le niveau d'instruction et le nombre de personnes du ménage**

Comme on l'a déjà vu, le revenu du ménage est très lié au niveau d'instruction du chef de ménage et la part non systématique de cette liaison peut intégrer en partie les effets dus au nombre de personnes du ménage (croissance du revenu global du ménage <sup>(1)</sup> quand le nombre de personnes augmente). Ce croisement paraît donc intéressant pour mettre en évidence l'effet propre du nombre de personnes du ménage qui est particulièrement complexe.

L'influence du nombre de personnes du ménage n'apparaît très clairement que sur les durées de séjours qui décroissent assez systématiquement avec la taille du ménage pour un niveau d'instruction donné. La fréquentation des cliniques pour un niveau d'instruction donné, diminue entre les ménages de 3 ou 4 personnes et ceux de 5 ou 6 personnes.

---

(1) Par contre, le revenu par personne décroît.

TABLEAU XXIV

**La consommation hospitalière  
selon le niveau d'instruction du chef de ménage et le nombre de personnes du ménage**

	Nombre de personnes		Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois				Nombre de jours pour 100 personnes en 6 mois				Durée moyenne observée	
			Observé		Redressé en fonction de l'âge et du sexe		Observé		Redressé en fonction de l'âge et du sexe			
	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus	2 à 4 personnes	5 personnes et plus
Rien.....	4 566	4 051	4,97	4,74	4,88	4,90	148	110	137	108	23,5	19,1
C.E.P.....	6 016	3 295	4,70	4,55	4,67	4,63	87	107	90	110	16,2	18,4
Brevet et au-delà.....	2 348	1 164	5,49	4,47	5,35	4,53	93	68	99	72	11,8	15,7

### 3.4. La protection sociale

#### *L'influence d'une couverture complémentaire selon le revenu*

*Pour un même niveau de revenu, la fréquentation des hôpitaux généraux publics est toujours plus élevée pour les personnes uniquement protégées par la Sécurité Sociale que pour celles bénéficiant en outre d'une protection complémentaire et, corrélativement, la fréquentation des cliniques est moins élevée; simultanément, la durée de séjour dans chacun des types d'établissements est toujours plus élevée pour les personnes uniquement protégées par la Sécurité Sociale (cf. tableau XXV et graphique 7).*

#### *L'influence d'une couverture complémentaire selon le nombre de personnes du ménage*

Mis à part les personnes vivant seules, *l'influence de la taille du ménage sur la fréquentation hospitalière est pratiquement opposée selon que l'on considère les personnes uniquement protégées par la Sécurité Sociale ou celles bénéficiant d'une protection complémentaire* : pour les premières, la fréquentation hospitalière croît fortement lorsque le nombre de personnes du ménage augmente de 3 ou 4 personnes à 7 personnes et plus, alors que pour celles bénéficiant d'une protection complémentaire, la fréquentation hospitalière est maximum pour les personnes appartenant aux ménages de 3 ou 4 personnes et diminue ensuite fortement lorsque le nombre de personnes du ménage augmente. Par rapport aux autres critères étudiés, cette variation de la fréquentation hospitalière globale (tous établissements confondus) est considérable. Comme on l'a déjà souligné, il peut paraître paradoxal *a priori* que les populations, le moins souvent hospitalisées, soient celles pour lesquelles la somme restant à leur charge est la moins lourde. En fait, lorsqu'aucun frein financier, social ou culturel ne s'y oppose, les ménages nombreux peuvent sans doute assurer plus facilement la garde d'un de leurs membres à domicile et faire appel à la médecine de ville pour les soins, lorsque l'hospitalisation n'est pas techniquement indispensable.

Les fréquentations par type d'établissement sont tout aussi différentes : pour les personnes protégées uniquement par la Sécurité Sociale, la fréquentation des hôpitaux généraux publics décroît avec le nombre de personnes jusqu'à 3 ou 4, puis augmente considérablement au-delà; par contre, la fréquentation des cliniques varie peu avec la taille du ménage. Inversement pour les personnes protégées par la Sécurité Sociale et une protection complémentaire, la fréquentation des hôpitaux généraux publics décroît légèrement à partir de 3 ou 4 personnes, alors que celle des cliniques privées diminue très fortement (cf. tableau XXVI). Dans les deux types d'établissements, la durée est toujours moins élevée, pour une même taille de ménage, lorsque les personnes bénéficient d'une protection complémentaire.

Globalement, la conjugaison des deux phénomènes (à revenu égal, prédominance de la fréquentation des cliniques et durée de séjour plus brève) *entraîne, pour les personnes bénéficiant de la Sécurité Sociale et d'une couverture complémentaire, un nombre de jours passés en établissement hospitalier nettement infé-*



TABLEAU XXV

**La consommation hospitalière**  
selon le revenu et l'existence d'une protection complémentaire à la Sécurité Sociale par type d'établissement

	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
<i>Sécurité Sociale seule :</i>													
Très bas revenus	2 694	76	2,82	2,57	24,3	43	1,60	1,57	22,0	129	4,79	4,55	28,7
Bas revenus....	1 696	61	3,60	3,68	23,3	31	1,83	1,85	12,9	107	6,31	6,39	24,4
Revenus moyens.	2 384	52	2,18	2,32	15,9	42	1,76	1,81	10,8	97	4,07	4,23	14,5
Hauts revenus..	1 520	28	1,84	1,90	14,5	39	2,57	2,52	9,3	68	4,47	4,51	11,7
Ensemble (1)...	9 092	242	2,66	2,61	20,4	168	1,85	1,87	13,7	442	4,86	4,86	21,4
<i>Sécurité Sociale et une protection complémentaire :</i>													
Très bas revenus	2 443	55	2,25	2,08	14,6	55	2,25	2,40	13,9	125	5,12	5,09	19,7
Bas revenus....	2 263	36	1,59	1,59	12,7	48	2,12	2,12	9,2	92	4,07	4,08	16,2
Revenus moyens.	3 690	77	2,09	2,13	12,9	117	3,17	3,09	10,0	207	5,61	5,60	14,4
Hauts revenus..	3 310	41	1,24	1,28	11,8	97	2,93	2,88	8,1	151	4,56	4,57	13,4
Ensemble (1)...	12 764	222	1,74	1,78	13,0	342	2,68	2,64	10,5	618	4,84	4,85	15,7

(1) Y. c. les revenus non déclarés.

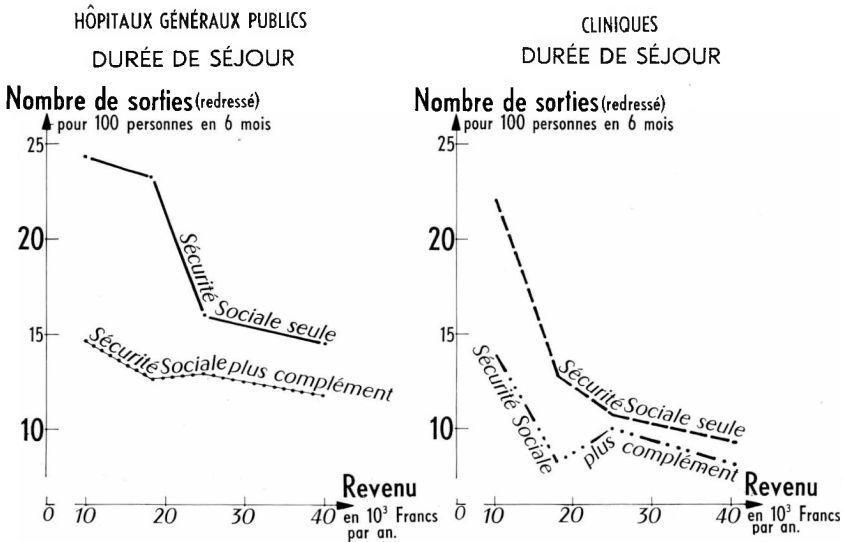
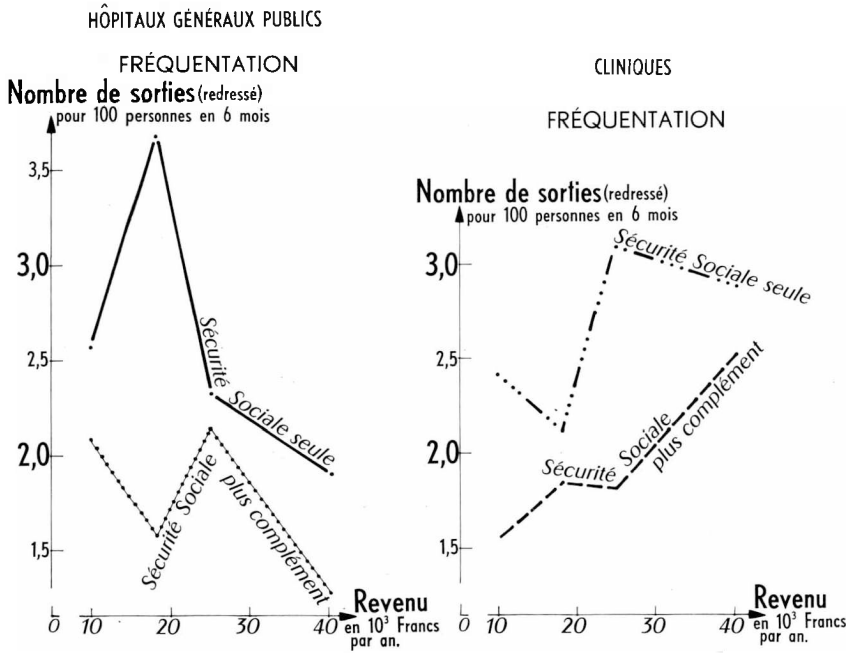
TABLEAU XXVI

La consommation hospitalière selon le nombre de personnes du ménage  
et l'existence d'une protection complémentaire par type d'établissement

	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
<i>Sécurité Sociale seule :</i>													
1 personne.....	628	22	3,50	2,91	22,0	5	—	—	—	29	4,62	4,15	21,4
2 personnes....	1 592	49	3,08	2,75	25,3	33	2,07	1,90	23,7	84	5,28	4,86	24,8
3 ou 4 personnes.	3 148	60	1,91	1,90	24,6	67	1,94	1,88	11,2	129	4,10	4,04	20,3
5 ou 6 personnes.	2 194	56	2,55	2,74	18,5	45	2,05	2,13	11,8	115	5,24	5,49	20,9
7 personnes et plus.....	1 530	55	3,59	4,08	12,7	24	1,57	1,77	10,7	85	5,56	6,18	20,5
Ensemble.....	9 092	242	2,66	2,61	20,4	168	1,85	1,87	13,7	442	4,86	4,86	21,4
<i>Sécurité Sociale et une protection complémentaire :</i>													
1 personne.....	522	14	—	—	—	6	—	—	—	24	4,60	4,48	28,5
2 personnes....	2 067	30	1,45	1,30	15,2	53	2,56	2,68	13,8	99	4,79	4,59	18,4
3 ou 4 personnes.	5 515	104	1,89	1,85	12,7	174	3,16	3,03	9,3	298	5,40	5,26	14,7
5 ou 6 personnes.	3 314	54	1,63	1,76	11,9	83	2,50	2,54	11,0	148	4,47	4,69	14,8
7 personnes et plus.....	1 346	20	1,49	1,63	11,5	26	1,93	2,03	7,0	49	3,64	3,94	13,2
Ensemble.....	12 764	222	1,74	1,78	13,0	342	2,68	2,64	10,5	618	4,84	4,85	15,7

GRAPHIQUE 7

La consommation hospitalière en fonction du revenu et du mode de protection



rieur, pour les très bas revenus et bas revenus, à celui observé pour les personnes protégées uniquement par la Sécurité Sociale. Pour les personnes à revenus très bas et bas, il semble donc qu'une protection complémentaire, en rendant possible un accès fréquent et différencié aux soins de ville (1) permette de réduire les nombres de jours passés en établissement hospitalier.

### **3.5. L'influence différentielle du revenu sur la consommation hospitalière des ouvriers, des indépendants et des autres salariés**

9 122 personnes de l'échantillon appartiennent à des ménages dont le chef est, ou a été (dernière profession exercée), ouvrier, soit 39,3 % des enquêtés : ce groupe est assez nombreux pour qu'il soit statistiquement possible d'analyser l'influence d'autres caractères socio-économiques : nous considérerons successivement le revenu du ménage, sa taille et l'existence d'une protection complémentaire.

#### *L'influence du revenu sur la consommation hospitalière des ouvriers*

Avant toute analyse de l'hospitalisation, soulignons que les revenus des ouvriers sont déclarés beaucoup plus souvent que pour le reste de la population (respectivement par 95,7 et 88,1 % des personnes enquêtées).

La fréquentation hospitalière, *tous établissements confondus, diminue, pour les ouvriers, très sensiblement (près de 50 %) lorsque le revenu augmente* : phénomène que l'on n'observe pas pour la population totale. De même, la diminution de la durée de séjour en fonction du revenu est plus accentuée pour les ouvriers que pour le reste de la population, ce qui entraîne que le nombre de jours moyens passés en établissement hospitalier est presque trois fois plus important pour les ouvriers ayant de très bas revenus que pour ceux ayant de hauts revenus (cf. tableau XXVII et graphique 8).

Cette très forte influence du revenu sur la consommation hospitalière des ouvriers recouvre :

— une chute rapide de la fréquentation des hôpitaux généraux publics quand le revenu augmente, qui n'est que partiellement compensée par une croissance modérée de la fréquentation des cliniques;

— et une diminution des durées de séjours dans chacun des types d'établissements quand le revenu augmente (cf. tableau XXVII).

L'influence du revenu sur la fréquentation des cliniques est sensiblement la même pour les ouvriers et la population totale : accroissement de la fréquentation et diminution de la durée de séjour.

---

(1) *Diffusion des consommations médicales de ville dans la population en 1970*, par Th. LECOMTE et A. et A. MIZRAHI, Consommation, n° 3, 1974; *Influence des facteurs socio-économiques sur les soins médicaux de ville en 1970*, par A. et A. MIZRAHI, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, août 1974, 107 pages; *Influence des facteurs socio-économiques sur la consommation pharmaceutique en 1970*, par Th. LECOMTE, rapport C.R.E.D.O.C. ronéoté, juillet 1974, 74 pages.

TABLEAU XXVII

**La consommation hospitalière des ouvriers et de la population totale  
en fonction du revenu**

	Nombre de personnes observé		Nombre de sorties observé		Nombre de sorties redressé en 6 mois pour 100 personnes		Nombre de jours observé en 6 mois pour 100 personnes		Durée moyenne observée	
	Ouvriers	Popu- lation totale	Ouvriers	Popu- lation totale	Ouvriers	Popu- lation totale	Ouvriers	Popu- lation totale	Ouvriers	Popu- lation totale
Très bas revenus.....	2 178	5 641	128	285	5,97	4,89	191	128	25,0	23,9
Bas revenus.....	2 240	4 139	128	209	5,79	5,09	148	129	20,4	20,2
Revenus moyens.....	3 136	6 327	150	318	4,85	5,11	85	91	12,9	14,4
Hauts revenus.....	1 176	5 028	48	226	4,13	4,52	68	79	11,9	13,0
<i>Revenus non déclarés.....</i>	<i>391</i>	<i>2 061</i>	<i>32</i>	<i>96</i>	<i>8,61</i>	<i>4,68</i>	<i>379</i>	<i>143</i>	<i>29,9</i>	<i>23,1</i>
Ensemble des revenus.....	9 121	23 196	486	1 134	5,42	4,89	137	110	19,1	18,3

C'est au niveau de la fréquentation des *hôpitaux généraux publics* que l'on observe pour les revenus les plus bas une consommation nettement plus importante des ouvriers que du reste de la population; Il s'ensuit que le nombre de jours passés dans les hôpitaux généraux publics, pour 100 personnes, redressé selon l'âge et le sexe est de 92 pour les ouvriers ayant un très bas revenu, 62 pour les bas revenus, et 39 pour les revenus moyens.

Par rapport aux « autres salariés », on constate que pour les revenus moyens et hauts, pour un même revenu, la fréquentation des ouvriers (en nombre de sorties) est inférieure, mais que le nombre de jours passés en établissement hospitalier est supérieur (revenus moyens) ou équivalent (cf. graphique 8).

Pour un même revenu, cette fréquentation moins élevée des « ouvriers » que des « autres salariés » semble due à une fréquentation moins importante des cliniques par les « ouvriers », qui n'est pas compensée par une plus grande fréquentation des hôpitaux généraux publics.

La très faible fréquentation des « indépendants » (patrons de l'industrie et du commerce et exploitants agricoles), pour un même revenu, est toujours très inférieure à celle des « ouvriers », et d'autre part elle semble très peu varier en fonction du revenu.

GRAPHIQUE 8

La consommation hospitalière en fonction du revenu et de la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

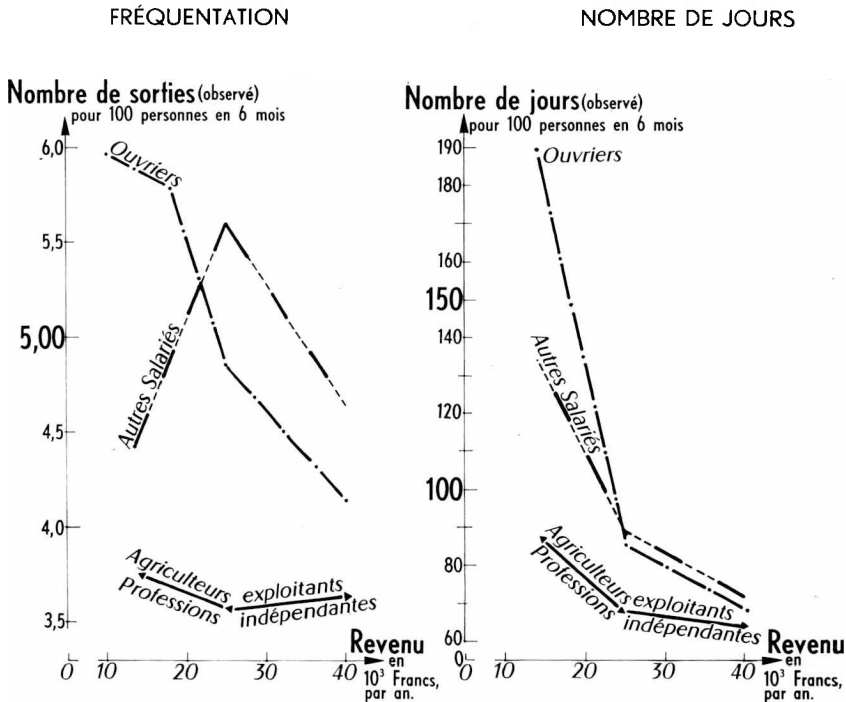


TABLEAU XXVIII

La consommation hospitalière des ouvriers en fonction du revenu par type d'établissement

Revenus	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y.c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
Très bas.....	2 178	73	3,35	3,47	21,8	42	1,93	1,94	15,4	128	5,88	5,97	25,0
Bas.....	2 240	64	2,86	2,89	18,8	49	2,19	2,22	10,6	128	5,71	5,79	20,4
Moyens.....	3 136	72	2,30	2,32	13,2	72	2,30	2,33	10,0	150	4,78	4,85	12,9
Hauts.....	1 176	16	—	—	—	31	2,64	2,66	8,8	48	4,08	4,13	11,9
Non déclarés.....	391	18	—	—	—	11	—	—	—	32	8,18	8,61	29,9
Ensemble.....	9 121	243	2,66	2,73	17,7	205	2,25	2,27	11,6	486	5,33	5,42	19,1

La différence est moins grande lorsqu'on considère les nombres de jours passés en établissement hospitalier, elle s'atténue quand le revenu augmente pour disparaître totalement pour les hauts revenus.

En résumé, malgré la fréquentation paradoxalement moins élevée des « ouvriers » que des « autres salariés », on observe que pour un même revenu le nombre de jours passés en établissement hospitalier est maximum pour les « ouvriers » et minimum pour les « autres salariés », les « indépendants » se situant entre les deux, et que cette différence s'estompe complètement pour les hauts revenus.

#### *L'influence du nombre de personnes du ménage sur la consommation hospitalière des ouvriers*

L'influence de la taille du ménage sur la consommation hospitalière des ouvriers est assez proche de celle observée pour l'ensemble de la population. A partir de 3 ou 4 personnes, la fréquentation des hôpitaux généraux publics augmente très nettement avec la taille du ménage, alors que la fréquentation des cliniques ne décroît de manière importante que dans les ménages très nombreux (7 personnes et plus) (cf. tableau XXIX).

Les personnes appartenant à des ménages ouvriers de 2 personnes ont une fréquentation relativement élevée d'hôpitaux généraux publics et faible de cliniques. De même que dans la population totale, les durées de séjours diminuent assez systématiquement avec le nombre de personnes du ménage.

#### *L'influence d'une protection complémentaire sur la consommation hospitalière des ouvriers*

Sur le groupe relativement homogène des ouvriers, *l'existence d'une protection complémentaire entraîne une diminution sensible de la consommation hospitalière*. Pour 100 « ouvriers », en 6 mois, on observe :

— 161 jours passés en établissement hospitalier pour ceux uniquement protégés par la Sécurité Sociale (169 si l'on redresse en fonction de l'âge et du sexe);

— 99 jours passés en établissement hospitalier pour ceux protégés, en outre, par une mutuelle et/ou une assurance privée (102 si l'on redresse en fonction de l'âge et du sexe).

La plus grande part de cette différence est due à la fréquentation très importante des hôpitaux généraux publics par les ouvriers uniquement protégés par la Sécurité Sociale, associée à une durée moyenne de séjour particulièrement longue (21,1 jours) (cf. tableau XXX).

Soulignons que par rapport à la population totale, l'influence de la protection complémentaire paraît plus accentuée pour les ouvriers puisqu'elle entraîne une baisse de fréquentation sensible au niveau de l'ensemble des établissements (5,52 séjours, pour 100 personnes, en 6 mois, pour les ouvriers uniquement protégés par la Sécurité Sociale et 5,03 pour ceux bénéficiant en outre d'une protection complémentaire).



TABLEAU XXIX

**La consommation hospitalière des ouvriers  
selon le nombre de personnes du ménage et par type d'établissement**

Taille du ménage	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)				Pour- centage des ouvriers dans la popu- lation
		(a)	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		(b)	(a)	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		(b)	(a)	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		(b)	
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé		
1 personne.....	292	18	—	—	—	2	—	—	—	21	7,19	6,92	22,0	22,3
2 personnes.....	1 339	37	2,76	2,85	27,0	26	1,94	1,97	16,1	68	5,08	5,16	23,5	33,6
3 ou 4 personnes.....	3 562	80	2,25	2,27	15,5	91	2,55	2,55	11,5	180	5,05	5,09	16,3	39,0
5 ou 6 personnes.....	2 427	63	2,60	2,57	17,3	60	2,47	2,51	12,0	143	5,89	5,90	21,8	42,2
7 personnes et plus.....	1 501	45	3,00	3,00	13,0	26	1,73	1,81	7,0	74	4,93	5,01	15,7	49,8
Ensemble ouvriers.....	9 122	243	2,66	2,73	17,7	205	2,25	2,27	11,6	486	5,33	5,42	19,1	100,0
Population totale.....	23 196	506	2,18	2,18	17,4	535	2,31	2,31	11,3	1 134	4,89	4,89	18,3	39,3
Population totale sauf ouvriers.....	14 074	263	1,87	1,84	17,0	330	2,34	2,33	11,2	648	4,60	4,56	17,8	0

(a) Nombre de sorties observé; (b) Durée moyenne observée.

TABLEAU XXX

**La consommation hospitalière des ouvriers  
selon le mode de protection et par type d'établissement**

	Nombre de personnes	HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS				CLINIQUES				TOUS ÉTABLISSEMENTS (y. c. de longs séjours)			
		Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée	Nombre de sorties observé	Nombre de sorties pour 100 personnes en 6 mois		Durée moyenne observée
			Observé	Redressé			Observé	Redressé			Observé	Redressé	
<i>Ouvriers :</i>													
Sécurité Sociale seule.....	4 061	138	3,40	3,46	21,1	66	1,63	1,68	12,9	224	5,52	5,63	22,9
Sécurité Sociale + protection complémentaire.....	4 832	95	1,97	1,99	12,8	134	2,77	2,79	11,2	243	5,03	5,08	14,6
<i>Population totale :</i>													
Sécurité Sociale seule.....	9 092	242	2,66	2,61	20,4	168	1,85	1,87	13,7	442	4,86	4,86	21,4
Sécurité Sociale + protection complémentaire.....	12 764	222	1,74	1,78	13,0	342	2,68	2,64	10,5	618	4,84	4,85	15,7

## CONCLUSION

Les résultats obtenus de l'analyse différentielle des hospitalisations observées au cours de l'enquête de 1970 présentent un double intérêt :

— étant issues d'une enquête représentative de l'ensemble des ménages ordinaires, on peut admettre que les hospitalisations elles-mêmes constituent un échantillon représentatif de l'hospitalisation en France (aux erreurs aléatoires et aux biais explicités plus haut, près) : *les conclusions qui en sont tirées sont donc significatives au niveau de la France entière* ;

— la consommation hospitalière varie considérablement en fonction des caractères économiques et sociaux : selon la C.S.C. par exemple de 1,39 à 1 (fréquentation), 2,56 à 1 (durée de séjour), 2,54 à 1 (nombre de jours) ; cet accroissement de consommation est le fait des groupes défavorisés, et l'hospitalisation varie donc en sens inverse *du sens habituel* : elle décroît lorsque le niveau de vie s'améliore et apparaît ainsi comme substitutive des soins médicaux de ville, en particulier des plus spécialisés et techniques d'entre eux (soins de spécialistes). Le rôle social de l'hôpital se trouve ainsi intimement lié à sa fonction médicale, puisque la dépense médicale totale (hospitalisation + soins « de ville ») varie peu avec le niveau de vie.

Ces résultats appellent une étude approfondie des relations de substitution (ou de complémentarité) entre les composantes de la consommation médicale (et tout particulièrement entre l'hospitalisation et les composantes de la consommation médicale « de ville ») ; une telle étude, que nous espérons faire prochainement, peut d'ailleurs avoir des applications au niveau des grands choix de politique économique, en reformulant par exemple le problème sous la forme simplifiée suivante : peut-on espérer freiner le développement de l'hospitalisation en favorisant certains types de consommation médicale de ville qui lui sont substitutifs ?

A un niveau plus fin de l'analyse, l'étude des critères croisés fait apparaître, d'une part, un effet synergique très remarquable des différents facteurs de pauvreté, d'autre part, l'aspect ambigu et contradictoire par certains aspects de la taille du ménage. Étant donné le nombre relativement restreint d'hospitalisations observées, ces résultats sont cependant soumis à un grand aléa et demandent à être confirmés et actualisés en développant de nouvelles sources d'information, tant par une nouvelle enquête auprès des ménages, que par la mise au point de méthodes de recueil direct de données sur la clientèle des hôpitaux.