

C R E D O C

DIVISION D'ECONOMIE MEDICALE

A. & A. MIZRAHI, H. PEQUIGNOT

LE 15 OCTOBRE 1980

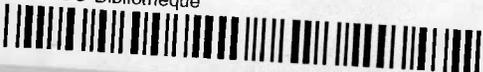
COMMUNICATION PRESENTEE AU CONGRES ANNUEL
DE LA SOCIETE FRANCAISE D'HYGIENE DE MEDECINE SOCIALE ET DE
GENIE SANITAIRE

LES DISPARITES SOCIALES DE LA CONSOMMATION MEDICALE

Sou1980-2186

Communicat. présentée au
congrès annuel de la société
française d'hygiène de médecine
sociale et de génie sanitaire / A.
et A. Mizrahi, H. Péquignot. (Oct.

CREDOC•Bibliothèque



A 2 276

514

X

**CREDOC
BIBLIOTHÈQUE**

1e 15 Octobre 1980

CREDOC

DIVISION D'ECONOMIE MÉDICALE

A. & A. MIZRAHI, H. PEQUIGNOT - YLZ

COMMUNICATION PRESENTÉE AU CONGRES ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE DE MÉDECINE SOCIALE ET DE
GÉNIE SANITAIRE

LES DISPARITÉS SOCIALES DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

La consommation médicale, au sens économique du terme est constituée de l'ensemble des services dispensés¹ à la population par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux à des fins de traitement, diagnostic, ou prévention, à ces services sont adjoints les produits pharmaceutiques, prothèses et appareils. Pour analyser l'influence des principaux facteurs socio-économiques sur cette consommation, on utilisera l'information issue de l'enquête sur les soins médicaux effectuée par l'INSEE et le CREDOC en 1970-71 auprès de 8 000 ménages environ, représentatifs de la population résidant en France.

La dépense médicale de chaque personne a été estimée par la somme payée effectivement par le patient dans le cas de paiement direct (ce qui est le cas pour la grande majorité des actes de médecins et des produits pharmaceutiques), à laquelle est ajoutée une estimation de la dépense pour les soins dont le malade ne paye qu'une partie (certaines hospitalisations, soins en dispensaires, etc.) ou les reçoit gratuitement (accident du travail, maladie prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale, etc.). C'est donc bien l'ensemble des consommations médicale qui est pris en compte, quels que soient le montant qu'a effectivement payé le consommateur et la somme qui reste finalement à sa charge après remboursement par la Sécurité Sociale, la mutuelle, etc.

Les consommations médicales sont concentrées sur une part relativement faible de la population. Ainsi, en 3 mois, 4 % des personnes entraînent 50 % de l'ensemble des dépenses médicales et 10 % entraînent 70 % des dépenses. A l'autre extrémité, du côté des faibles consommateurs, 70 % des personnes ont entraîné moins de 7 % des dépenses et 41 % n'ont eu aucune dépense (cf. graphique 1).

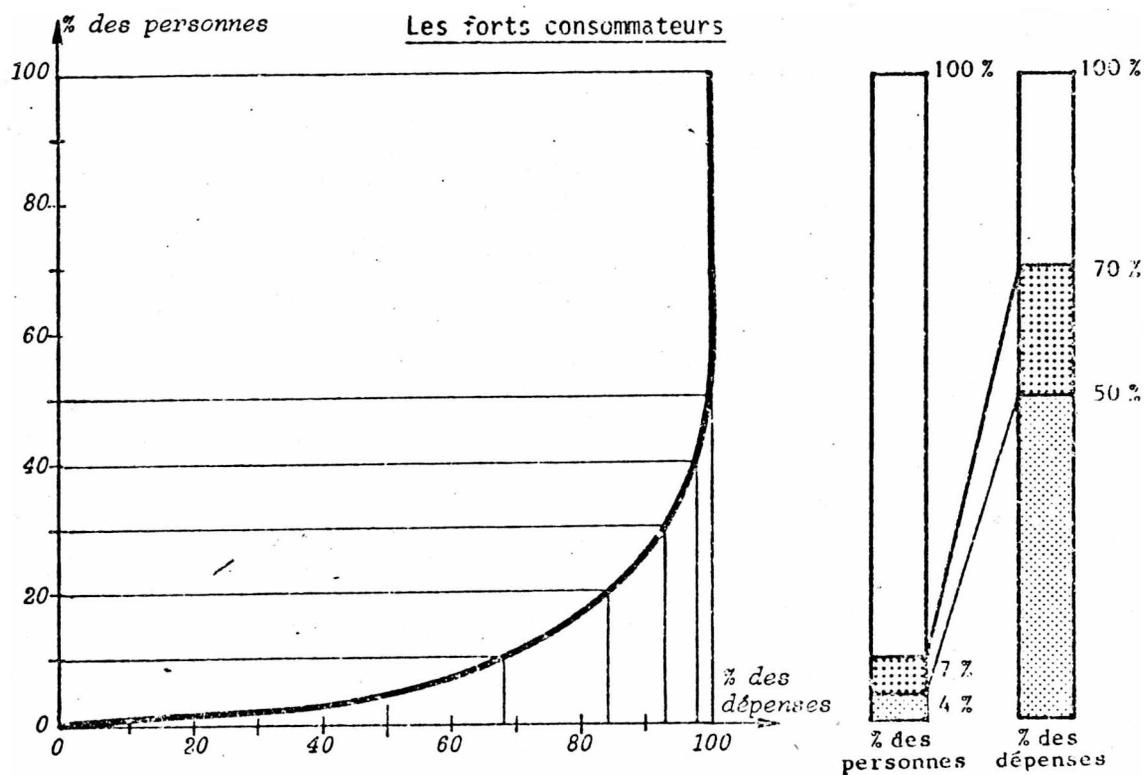
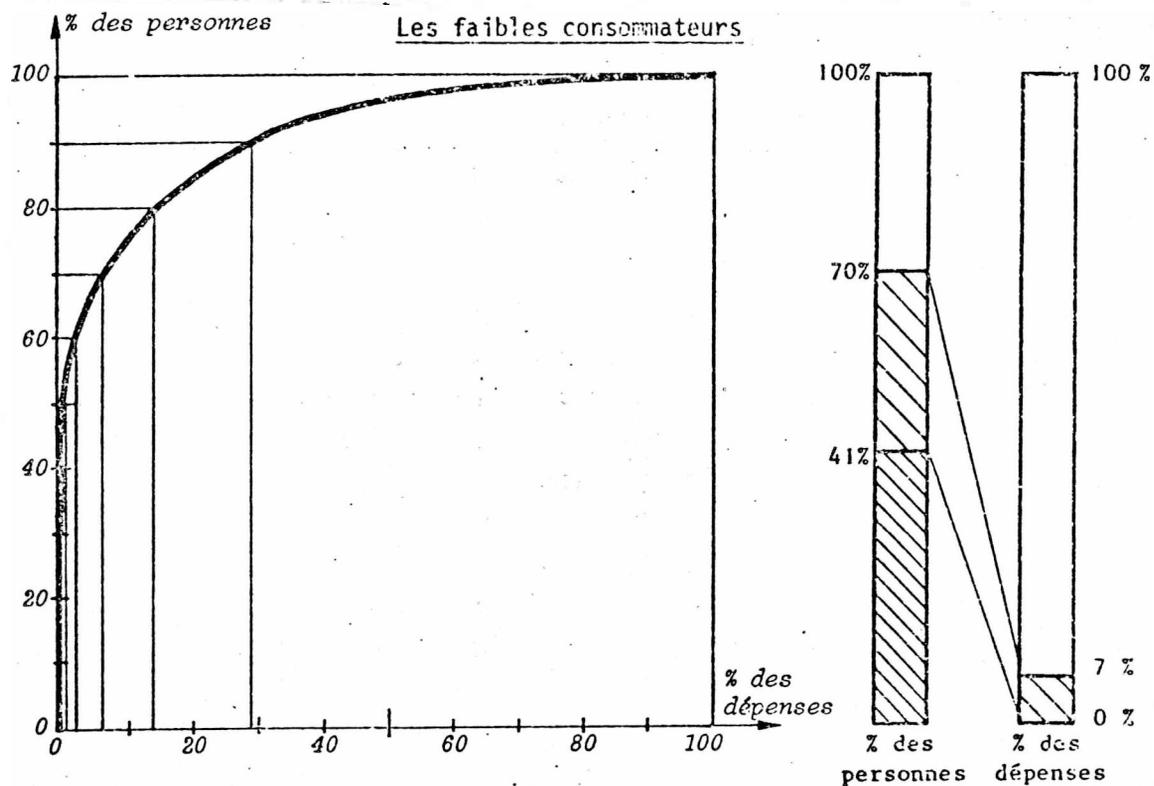
¹ Quel que soit le lieu où ils sont produits : cabinet libéral, domicile du malade, centre de soins, établissement hospitalier, ...

CREDOC
N° 993

R² 276

Graphique 1

CONCENTRATION DES DEPENSES MEDICALES



Ces chiffres sont confirmés par une enquête dans les dossiers de Sécurité Sociale menée pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales¹ d'où il ressort que les soins médicaux fournis en 1977 aux personnes décédées, les 6 derniers mois avant leur mort, coûtaient en moyenne 8 865 francs par personne. Or, d'après les Comptes Nationaux de la Santé établis au CREDOC, la dépense de la Sécurité Sociale s'élevait en 1977 à 91 milliards de francs, soit 859 francs par personne en 6 mois. Les soins médicaux fournis aux personnes décédées, les 6 derniers mois de leur vie, coûtent en moyenne 10 FOIS plus que la consommation médicale moyenne (France entière) pendant la même période.

Chaque personne n'a pas la même probabilité d'être malade, et cette probabilité augmente en particulier très nettement avec l'âge et les dépenses médicales sont, contrairement à d'autres postes de consommation essentiellement individuelles.

Les dépenses médicales varient selon l'âge, en suivant une courbe en U dissymétrique, qui rappelle celle de la mortalité, mais décalée (cf. graphique 2).

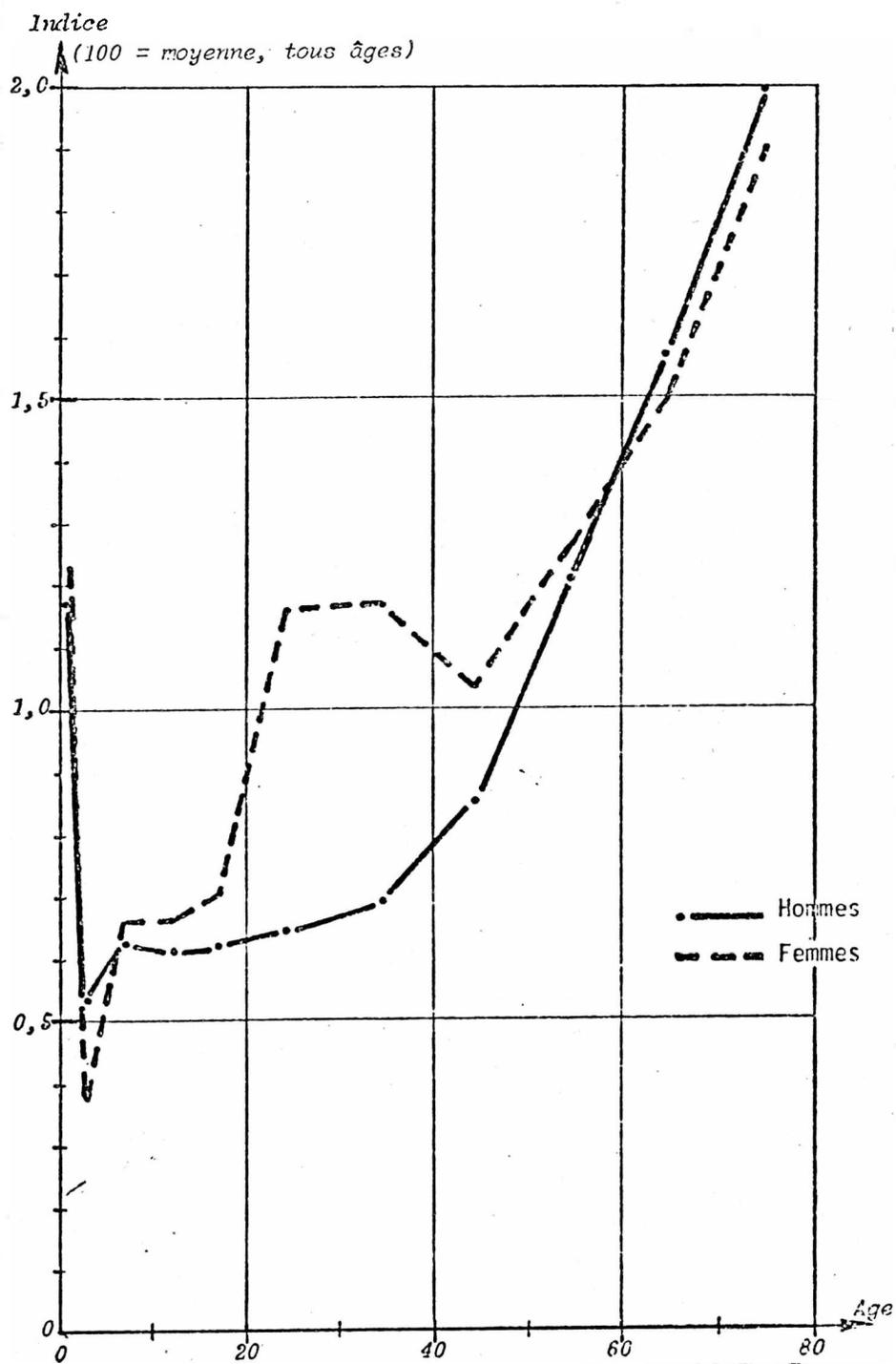
Les enfants de moins de 2 ans ont une consommation égale à celle des quinquagénaires. Le minimum peut être localisé entre 2 et 4 ans, avant l'entrée à l'école, souvent accompagnée d'un accroissement des maladies infectieuses.

Après ce minimum, la croissance des dépenses des hommes est très régulière et d'allure exponentielle, alors que celle des femmes présente un maximum très accentué entre 20 et 39 ans, dû en partie aux maternités, et suivi d'une chute entre 40 et 49 ans. Globalement, et en dehors des âges d'activité génitale chez la femme, la dépense médicale des hommes est supérieure à celle des femmes. Ce résultat est cohérent avec la plus grande mortalité des hommes à tous les âges. Cependant, la structure de cette consommation est légèrement différente puisque les hommes sont davantage hospitalisés et font moins appel à la médecine ambulatoire que les femmes.

¹ "Le système de santé face aux risques graves", P. FLAMME et J.C. PORTONNIER, Revue Française des Affaires Sociales, Octobre/Décembre 1978.

Graphique 2

LES DEPENSES MEDICALES PAR PERSONNE EN FONCTION DE L'AGE ET DU SEXE



Ainsi, on peut distinguer schématiquement trois types de consommations médicales :

- a - Celles dont la variation en fonction de l'âge présente l'allure d'une courbe en U très élevée pour les jeunes enfants et les personnes âgées, on trouve dans ce groupe :
- les séances de généralistes au domicile du malade, et dans une moindre mesure, celles dans un local professionnel,
 - les séances d'infirmières (beaucoup plus nombreuses pour les personnes âgées),
 - la pharmacie prescrite,
 - la pharmacie non prescrite,
 - l'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics.
- b - Les consommations médicales qui augmentent avec l'âge mais de manière moins systématique ou moins régulière :
- les séances de spécialistes -non compris les radiologues- qui plafonnent à partir de 40 ans,
 - les séances d'électro-radiologie,
 - les analyses,
 - les séances de masseurs-kinésithérapeutes pour lesquelles la consommation des enfants est faible et dont la croissance s'arrête souvent avant 65 ans,
 - ainsi que l'hospitalisation dans les établissements généraux privés pour les hommes.
- c - Les consommations médicales qui sont maximums pour les adultes et faibles ou nulles pour les jeunes enfants et les personnes âgées :
- les soins de dentistes,
 - l'hospitalisation dans les établissements généraux privés pour les femmes.

Pour analyser l'influence des caractères géographiques ou socio-économiques sur les dépenses médicales, il est nécessaire de tenir compte des structures démographiques des différents groupes de ménages, ainsi que des consommations différentielles par âge. On introduit, pour ce faire, *un indice de consommation à âge et sexe égaux* qui est le rapport de la consommation observée pour une sous-population à la consommation qu'aurait cette sous-population si les individus de chaque tranche d'âge consommaient comme l'ensemble des individus de cet âge.

Considérons par exemple les personnes vivant seules, leur dépense médicale est supérieure de 30 % à la dépense médicale moyenne (indice 1,30 par rapport à la moyenne), mais ce sont en grande majorité des personnes âgées ce qui entraîne pour ce groupe des dépenses médicales élevées : en tenant compte de cette structure démographique particulière, on s'aperçoit qu'à âge et sexe égaux, les personnes vivant seules consomment en réalité 10 % de moins que l'ensemble de la population (indice redressé en fonction de l'âge et du sexe : 0,90).

De même, que l'âge et le sexe ont une influence spécifique sur chacune des consommations médicales, de même les critères socio-économiques ont une influence très différente sur chacune des consommations médicales, certaines de ces consommations sont très sensibles alors que d'autres ne varient que très peu, voire pas du tout.

Les différents facteurs socio-économiques agissant sur les consommations médicales combinent leurs influences selon, d'une part, le type de consommation étudiée, d'autre part, la répartition de la population dans l'espace des facteurs ; ainsi, par exemple : dans l'effet observé du revenu, quelle part est un effet propre, et quelle part un effet induit de la conjugaison des autres caractères, et de la répartition de la population relativement à l'ensemble des variables économiques et sociales ?

Pour approcher une réponse à cette question, on étudie l'effet des variables socio-économiques deux à deux; on ne peut guère en effet aller plus loin dans le détail, car le nombre de combinaisons devient vite grand, et la population est regroupée dans quelques zones de cet espace alors qu'elle est très dispersée ailleurs.

La consommation médicale totale varie relativement peu avec les caractères économiques et sociaux, et ses différentes composantes en dépendent elles-mêmes plus ou moins : pour étudier les effets simultanés de deux caractères, on s'intéressera à une consommation particulièrement sensible, les soins de spécialistes.

A titre d'exemple, nous allons détailler ce que l'on observe pour les groupes socio-professionnels :

Dans le cadre de cette analyse fine, les groupes socio-professionnels sont définis à partir de la profession du chef de ménage ou de son ancienne profession si il est retraité ou retiré des affaires (les anciens agriculteurs¹ sont regroupés avec les exploitants agricoles, les anciens cadres moyens avec les cadres moyens, etc.) : toutes les générations sont donc représentées dans chacun des groupes socio-professionnels. Par ailleurs, les ouvriers ont été répartis en : ouvriers professionnels, ouvriers qualifiés, contremaîtres d'une part, manoeuvres et O.S. d'autre part. Ce groupe socio-professionnel définit donc une appartenance à un groupe social, dont les membres présentent certaines caractéristiques économiques comparables : en particulier, dans le cadre qui nous intéresse, des systèmes de protection sociale proches.

1. LES CONSOMMATIONS MEDICALES DES DIFFERENTS GROUPES SOCIO-PROFESSIONNELS :

Nous avons défini 7 groupes socio-professionnels suffisamment homogènes² et regroupant plus de 20 000 personnes, soit 86,3 % de la population (cf. tableau 1).

Trois groupes, dont deux bénéficient d'une faible protection sociale, se distinguent comme faibles consommateurs :

- les exploitants agricoles, pour lesquels on observe la consommation *la plus faible pour tous les types de soins sauf les séances de généralistes au domicile du malade* et l'hospitalisation. Sur eux pèsent, outre une faible protection sociale et les difficultés à quitter leur exploitation, un éloignement aux producteurs de soins.
- les indépendants, composés en très grande majorité de petits commerçants et d'artisans, pour lesquels on observe la plus faible consommation d'hospitalisation, et après celle des exploitants agricoles, des autres consommations de ville sauf les soins de spécialistes, de dentistes, l'électroradiologie et la pharmacie sans ordonnance. Ils présentent un profil de consommation très spécifique, niveau de consommation en général très faible, sauf pour certaines de consommations de ville élevées dans les groupes favorisés de la population, comportement pour éviter peut-être l'hospitalisation et l'éloignement de leur entreprise.
- les manoeuvres et O.S. qui sont les *plus faibles consommateurs après les exploitants agricoles des soins de ville "chers"* : spécialistes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et pharmacie sans ordonnance, mais les *consommateurs les plus importants d'hospitalisation*. Ce qui est dû en partie aux accidents, en particulier du travail, qui explique peut-être la consommation relativement élevée d'électroradiologie et de soins d'infirmières.

¹ Il s'agit des membres des ménages dont le chef est ou a été exploitant agricole, pour simplifier l'expression nous dirons "exploitant agricole".

² Sont exclus de l'analyse car trop peu nombreux : les salariés agricoles (704), le personnel de service (703), armée, police, clergé (750) et les inactifs restants après répartition des retraités, retirés des affaires et anciens exploitants dans leur ancienne profession (1 028).

Tableau 1 : Les consommations médicales par groupe socio-professionnel -
Indices redressés en fonction de l'âge et du sexe (1970)

	Nombre de personnes	Généralistes au domicile du malade	Généralistes ailleurs	Spécialistes	Dentistes	Radio-logues	Analyses	Infirmières	Masseurs-kinésithérapeutes	Pharmacie avec ordonnance	Pharmacie sans ordonnance	Hospitalisation	Ensemble "ville"	TOTAL
Exploitants agricoles	2 907	1,01	0,74	0,70	0,67	0,64	0,61	0,58	0,73	0,84	0,70	0,72	0,78	0,76
Indépendants	2 256	0,86	0,81	1,06	0,65	0,96	0,80	0,76	0,73	0,84	1,36	0,53	0,90	0,78
Cadres supérieurs et professions libérales	1 595	0,78	0,82	1,83	1,61	1,92	1,66	0,87	1,95	1,05	1,75	0,92	1,29	1,17
Cadres moyens	2 213	0,95	1,11	1,49	1,31	1,30	1,40	0,91	1,32	1,17	1,20	0,68	1,22	1,04
Employés	1 912	1,05	1,19	1,40	1,17	0,83	1,33	1,58	1,12	1,24	0,83	0,79	1,21	1,07
Ouvriers professionnels, ouvriers qualifiés	5 098	1,02	1,14	0,87	1,02	0,95	0,93	1,07	0,66	1,00	0,88	1,14	0,99	1,04
O.S., manoeuvres	4 031	1,01	1,05	0,73	0,86	1,00	0,88	1,29	0,73	0,97	0,76	1,35	0,92	1,07

Deux groupes se distinguent par le niveau élevé de leur consommation :

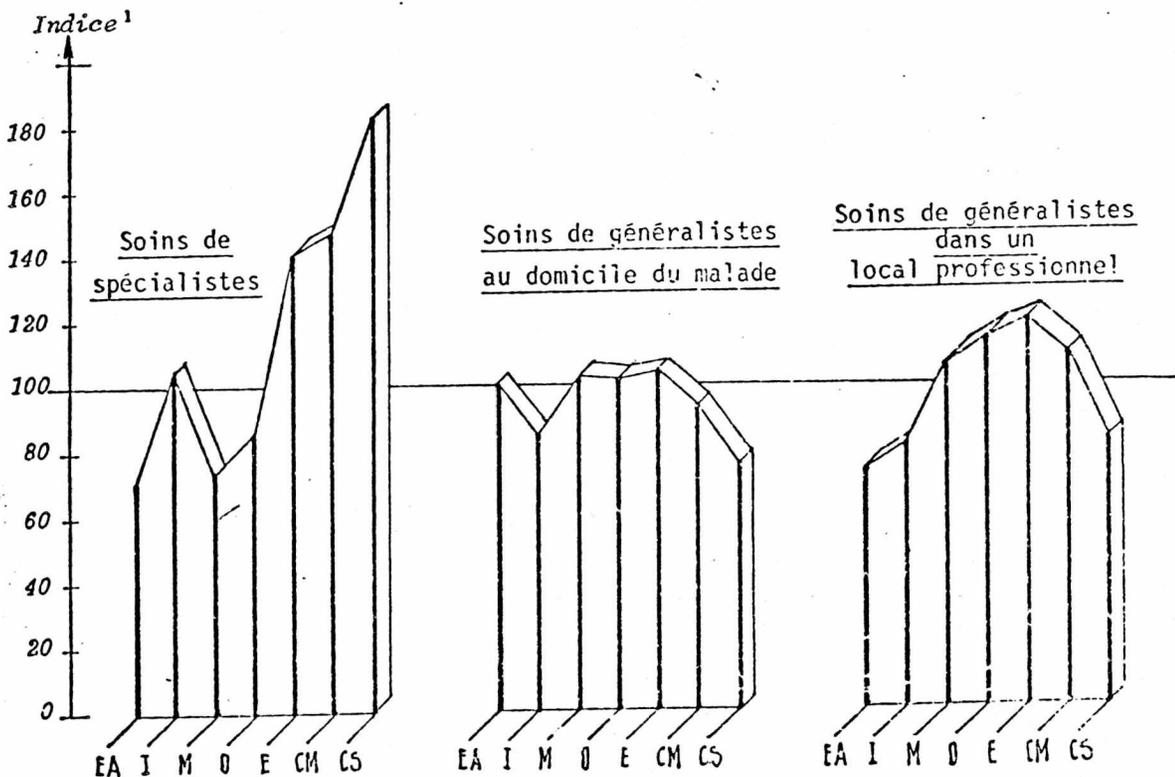
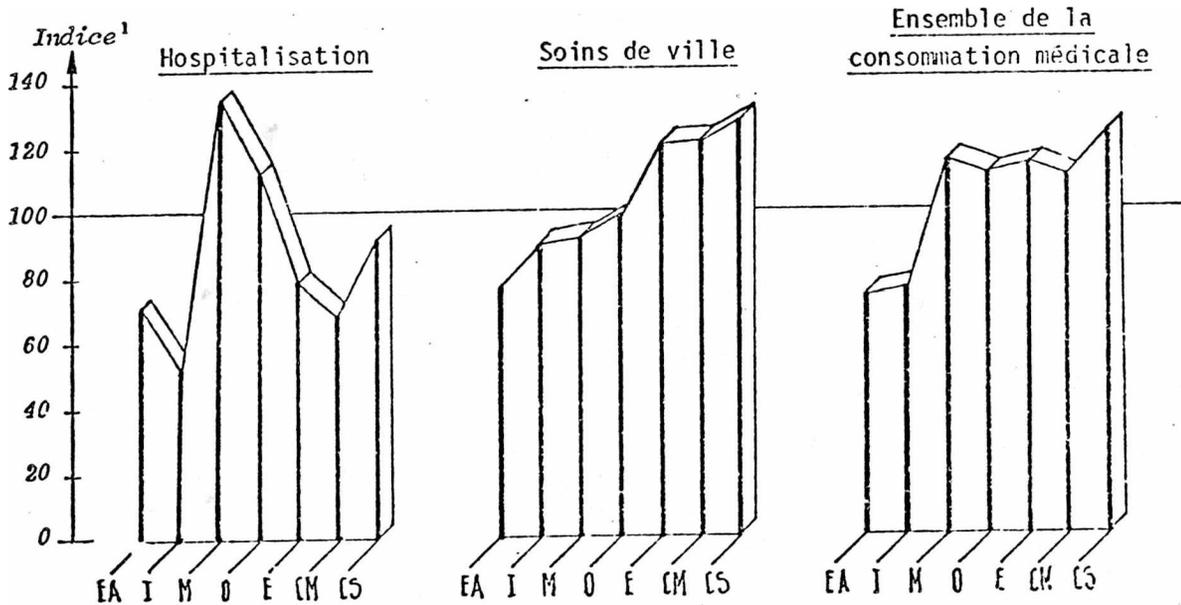
- les cadres supérieurs et professions libérales (ces derniers sont très peu nombreux) qui ont la consommation la plus élevée de tous les soins de ville sauf des soins de généralistes (ils ont même la consommation la plus faible pour les séances au domicile du patient) et des soins infirmiers et des produits pharmaceutiques prescrits qui leur sont très liés.
- les employés, pour qui justement on observe la consommation maximum pour ce dernier ensemble de consommation de ville, soins de généralistes, soins d'infirmières et produits pharmaceutiques prescrits.

Globalement les différences, au niveau de l'ensemble de la consommation, ne sont pas considérables de 1,17 pour les cadres supérieurs et les professions libérales à 0,76 pour les exploitants agricoles et 0,78 pour les indépendants, soit de 1,50 à 1 environ, mais ces effets sont beaucoup plus accentués si l'on considère d'une part l'hospitalisation qui va de 1,35 (manoeuvres, O.S.) à 0,53 (indépendants) soit de 2,55 à 1, et d'autre part les soins de ville de 1,29 (cadres supérieurs et professions libérales) à 0,78 (exploitants agricoles) soit de 1,65 à 1, on observe en quelque sorte une compensation entre ces derniers et l'hospitalisation (cf. graphique 3).

On peut schématiquement classer les consommations médicales selon leur sensibilité décroissante avec caractères socio-économiques des consommateurs. Les soins de spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes, l'électroradiologie, et dans une moindre mesure, les soins de dentistes et les analyses, restent malgré les systèmes de remboursement des consommations auxquelles ont plus accès les couches favorisées culturellement et économiquement. En effet, il convient de rappeler que si les soins dentaires sont inégalement remboursés et parfois très mal, par la Sécurité Sociale, ce n'est pas le cas des autres consommations. Il s'agit plutôt d'une filière de soins spécialisée et technique qui s'oppose en quelque sorte à la filière la moins sensible aux caractères socio-économiques des consommateurs, filière composée de soins de généralistes, soins d'infirmières et pharmacie prescrite. La pharmacie non prescrite, auto-consommation indépendante des autres soins, est très sensible (contrairement à la pharmacie prescrite) aux caractères économiques et culturels, élevée pour les cadres supérieurs, professions libérales, indépendants et cadres moyens, elle est minimum pour les manoeuvres, O.S. et exploitants agricoles. L'hospitalisation enfin, semblent compenser dans certains cas, les inégalités observées pour les soins de ville.

Graphique 3
CONSUMMATION DES DIFFERENTS TYPES DE SOINS
SELON LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU CHEF DE MENAGE

EA : Exploitants Agricoles
 I : Indépendants
 M : Manœuvres et ouvriers spécialisés
 O : Ouvriers qualifiés
 E : Employés
 CM : Cadres Moyens
 CS : Cadres supérieurs



¹ 100 = total échantillon

Après la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage, je vous présenterai l'influence de différents caractères économiques et sociaux mais de manière moins fine, étant donné le délai qui nous est imparti.

2. LE NIVEAU D'INSTRUCTION INDIVIDUEL (enfants exclus)

La dépense médicale varie relativement peu avec ce facteur culturel mais d'une manière assez continue : la dépense médicale augmente avec le niveau d'instruction pour atteindre son maximum pour les personnes ayant le baccalauréat ou l'équivalent. On ne s'étonnera pas de trouver que la part de l'hospitalisation, elle, diminue très systématiquement, des personnes n'ayant aucun diplôme pour lesquelles elle atteint 41,7 % à celles ayant fait des études supérieures pour lesquelles l'hospitalisation ne représente que 22,3 % des dépenses médicales. L'influence du facteur culturel paraît donc très importante si ce n'est prépondérante sur la dépense d'hospitalisation.

Tableau 2 : La consommation médicale selon le niveau d'instruction individuel (1970)

<i>Niveau d'instruction individuel</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Dépense médicale totale (par personne en 12 semaines)</i>	<i>Indice par rapport à la moyenne</i>	<i>Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe</i>	<i>% représenté par l'hospitalisation dans la dépense médicale totale</i>
Aucun diplôme	6 158	167,45	1,25	1,02	41,7
C E P	6 635	139,94	1,05	0,94	29,2
B E P	1 393	158,58	1,19	1,08	26,0
Baccalauréat	658	164,89	1,23	1,14	23,1
Etudes supérieures	442	150,42	1,13	1,10	22,3
Enfants et personnes n'ayant pas terminé leurs études	7 911	94,21	0,70	1,01	39,8

4. LE REVENU DU MENAGE

Il s'agit là d'une variable entachée d'une erreur importante (en particulier pour les exploitants agricoles et les petits indépendants, qui ont souvent du mal à distinguer le revenu du ménage du revenu de l'entreprise), et qui dans près de 9 % des cas n'est même pas déclaré.

La dépense médicale ne varie pas avec le revenu, à l'exception des 5 % les plus pauvres de la population dont la dépense est nettement inférieure à la moyenne (indice 0,80) si l'on élimine la part de cette dépense due à la proportion très élevée de personnes âgées qui se trouvent dans cette classe de revenus très très bas. Cette quasi-stabilité au niveau de la dépense médicale totale recouvre en fait des types de recours différents au système de santé : la part des dépenses entraînées par les hospitalisations décroît systématiquement quand le revenu augmente, passant de 37 % pour les très bas revenus à 22,2 % pour les revenus les plus élevés. Cette diminution est compensée par un accroissement des dépenses de soins de ville : les patients les plus aisés étant donc plus longtemps soignés à leur domicile, alors que les patients les plus pauvres sont plus longuement traités en établissement hospitalier. Il apparaît donc très clairement qu'une substitution importante s'opère entre les soins de ville et l'hospitalisation lorsque le revenu augmente. Ce phénomène a été retrouvé lors d'une enquête beaucoup plus récente effectuée dans le cadre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

Les mécanismes de cette substitution sont complexes et mal connus ; il semble que le nombre d'entrées en établissement varie peu avec le revenu, mais que les séjours soient systématiquement plus longs pour les plus pauvres, quel que soit le type d'établissement fréquenté. S'agit-il de séjours prolongés du fait des mauvaises conditions de logement et de vie des patients, ou de traitements plus longs rendus nécessaires par un recours tardif au système médical ?

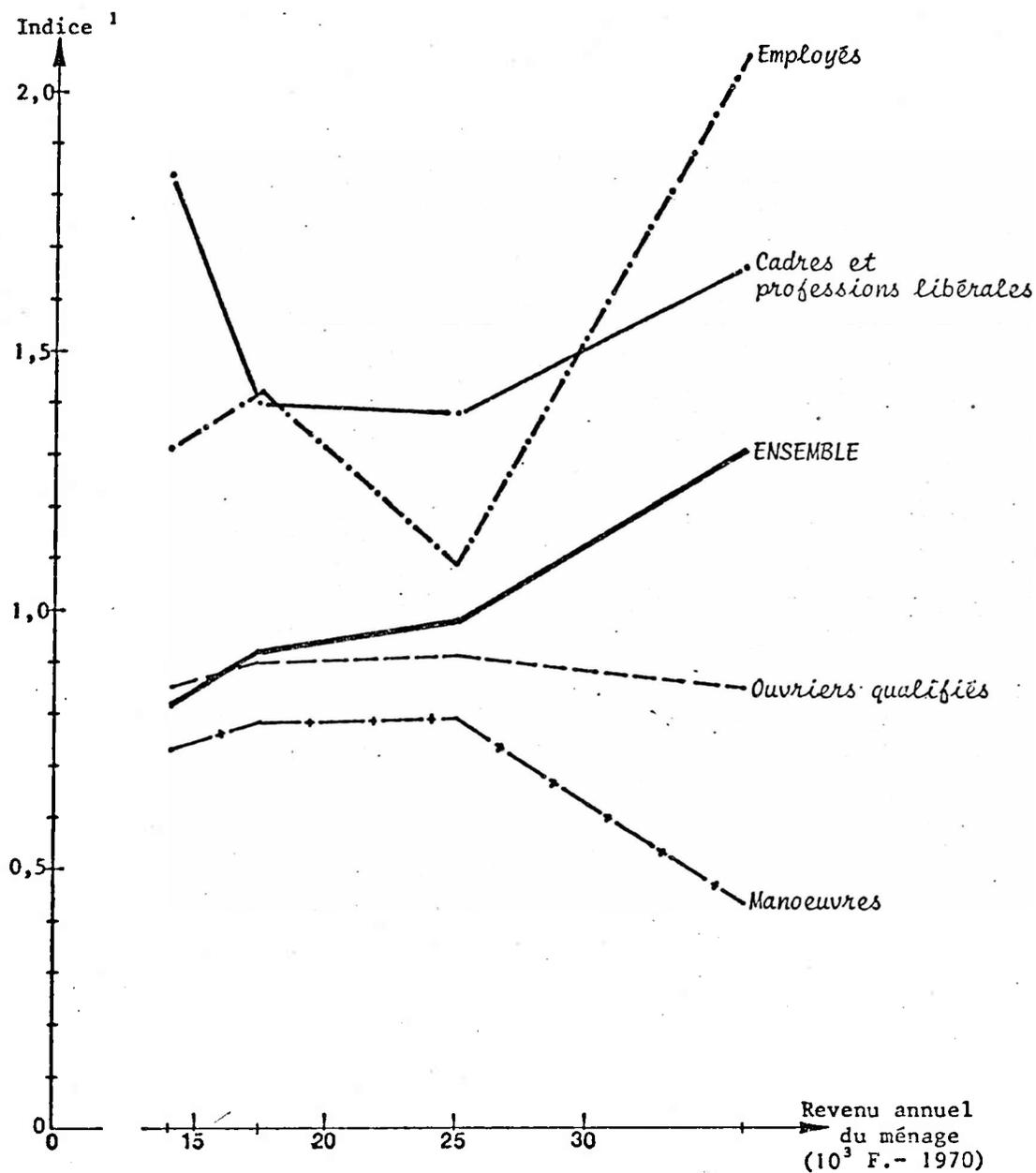
Tableau 3 : La consommation médicale selon le revenu du ménage (1970)

<i>Revenu du ménage (en frs 1970)</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Dépense médicale totale (par personne en 12 semaines)</i>	<i>Indice par rapport à la moyenne</i>	<i>Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe</i>	<i>% représen- té par l'hos- pitalisation dans la dépen- se médicale totale</i>
Moins de 6 000 francs	1 058	160,48	1,20	0,80	31,7
De 6 000 à moins de 10 000 francs	1 555	173,08	1,29	0,99	37,6
" 10 000 " " " 15 000 "	3 027	147,83	1,11	1,05	36,5
" 15 000 " " " 20 000 "	4 139	124,12	0,93	0,99	36,6
" 20 000 " " " 30 000 "	6 327	121,66	0,91	1,00	34,6
" 30 000 " " " 50 000 "	3 954	125,75	0,94	1,01	28,9
50 000 francs et plus	1 075	124,84	0,93	0,99	22,2
Non déclaré	2 062	145,36	1,09	1,07	49,6

En ce qui concerne les soins de spécialistes, on observe bien un effet du revenu mais il est à peu près exclusivement induit par la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage (cf. graphique 4) : alors que pour l'ensemble de l'échantillon la consommation de soins de spécialistes augmente légèrement avec le revenu, variant de 0,82 à 1,31 (soit un accroissement de 60%), on n'observe aucune relation stable pour les différentes CSP ; par contre, pour chaque tranche de revenu, à une exception près, la hiérarchie manoeuvres-ouvriers qualifiés-employés-cadres est observée. Les manoeuvres sont plus nombreux dans la tranche de revenu faible, alors que les employés et les cadres sont majoritaires dans les classes de revenu élevé, ce qui explique l'essentiel de la variation de la courbe ensemble de l'échantillon ; ainsi, le seul effet induit de la structure par CSP (Cf. tableau 7) détermine une variation de la consommation de soins de spécialistes allant dans le même sens que l'effet observé du revenu, et variant de 0,88 à 1,21 (soit un accroissement de 38 %) : l'étendue de l'effet induit représente les deux tiers de l'étendue de l'effet observé. Le rapport des colonnes 1 et 2 du tableau 7 (colonne 3) fournit un indicateur de l'effet du revenu dégagé de l'effet induit de la CSP : il varie de 0,93 à 1,08 (soit un accroissement de 16 %). De cette première analyse, on conclura à l'inexistence d'un effet propre du revenu.

Graphique 4

EFFETS SIMULTANES DU REVENU ET DE LA CSP
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES



¹ Dépense par personne redressée selon l'âge et le sexe, et rapportée à la moyenne.

4. LE NOMBRE DE PERSONNES DU MENAGE

Il s'agit d'une variable en quelque sorte transversale aux couches sociales, moins systématiquement liée aux autres caractères économiques que le revenu et le mode d'instruction, mais se traduisant dans une certaine mesure par des modalités et des contraintes dans la vie quotidienne. La dépense médicale est maximum pour les personnes appartenant aux ménages de deux personnes et décroît ensuite assez régulièrement quand la taille de la famille augmente : l'élimination de l'impact des structures par âge et sexe diminue d'ailleurs sensiblement cette décroissance. En effet, la dépense médicale totale par personne est presque deux fois et demie plus forte pour les personnes appartenant à des ménages de deux personnes que pour celles appartenant à des ménages de 9 personnes et plus et cet important écart de 2,4 à 1 est ramené de 1,4 à 1 si l'on raisonne à âge et sexe égaux dans chacune des populations.

Tableau 4 : La consommation médicale selon le nombre de personnes du ménage (1970)

Nombre de personnes du ménage	Effectifs	Dépense médicale totale (par personne en 12 semaines)	Indice par rapport à la moyenne	Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe	% représenté par l'hospitalisation dans la dépense médicale totale
1 personne	(1 308) ¹	(173,14) ¹	(1,30) ¹	(0,90) ¹	(21,9) ¹
2 personnes	3 984	203,57	1,52	1,16	34,1
3 "	4 255	133,60	1,00	0,99	32,6
4 "	4 886	120,99	0,91	1,01	34,8
5 "	3 484	110,88	0,83	0,96	38,6
6 "	2 263	98,19	0,73	0,87	34,9
7 "	1 351	94,86	0,71	0,85	40,5
8 "	704	121,83	0,91	1,10	60,5
9 personnes et plus	962	84,72	0,63	0,82	56,8

¹ Résultats-sous estimés fournis à titre indicatif

La dépense médicale totale redressée en fonction de l'âge et du sexe apparaît donc répartie d'une manière moins uniforme selon la taille des ménages, que selon le revenu, et de plus elle recouvre des différences encore plus importantes dans le type de soins consommés, puisque 1/3 environ de cette dépense est due à l'hospitalisation pour les ménages peu nombreux ou moyens mais près des 2/3 pour les personnes appartenant à des ménages très nombreux.

Cette prépondérance d'hospitalisation dans les ménages très nombreux peut avoir de multiples causes, tant sociales que pathologiques ; en tout état de cause, l'ampleur de ce phénomène devrait susciter quelques recherches approfondies.

En ce qui concerne les soins de spécialistes, l'effet de la taille du ménage se manifeste non seulement sur l'ensemble de l'échantillon, mais également sur chaque catégorie socio-professionnelle et sur chaque classe de niveau d'instruction (Cf. graphiques 5 et 6) ; de plus, si la taille du ménage varie selon les grands groupes sociaux, cette variation est relativement faible et n'entraîne pas un effet induit important : la décroissance de consommation de soins de spécialistes, lorsque la taille du ménage augmente, est de 69 % ($1,27/0,75 = 1,69$) ; les effets induits des structures par CSP et niveau d'instruction sont négligeables et les déduire ne modifie quasiment pas l'effet de la taille du ménage, qui passe de 69% à respectivement 60% ($1,28/0,80 = 1,60$) et 63 % ($1,36/0,83 = 1,63$) -cf. tableau 8- : la taille du ménage est un facteur pour l'essentiel transversal des autres variables socio-économiques, et son effet sur la consommation médicale en est indépendant.

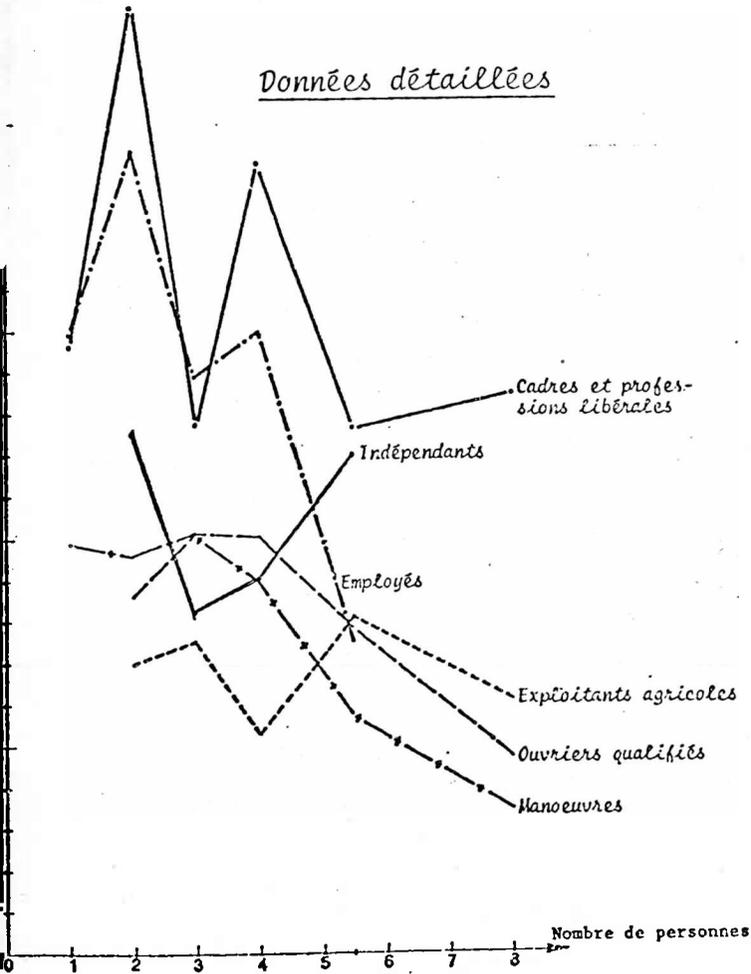
5. LE MODE DE PROTECTION

Notre analyse portera sur l'influence différentielle d'une protection complémentaire à celle de la Sécurité Sociale.

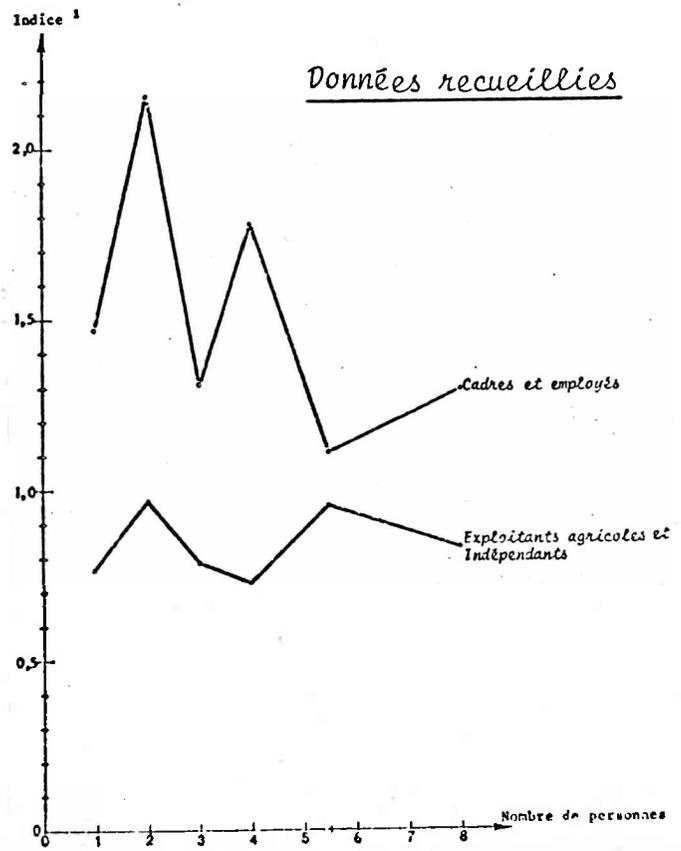
La dépense médicale totale est maximum pour les personnes protégées par la Sécurité Sociale et une mutuelle, qu'il s'agisse d'un régime agricole ou non. Par contre, la dépense médicale des personnes protégées par la Sécurité Sociale sans mutuelle est très proche de la moyenne pour les régimes non agricoles et nettement inférieure pour les régimes agricoles. La part que représente l'hospitalisation dans cette dépense est minimum pour les personnes protégées par un régime non agricole et une mutuelle.

Graphique 5
EFFETS SIMULTANES DE LA TAILLE DU MENAGE ET DE LA CSP
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES

ice ¹

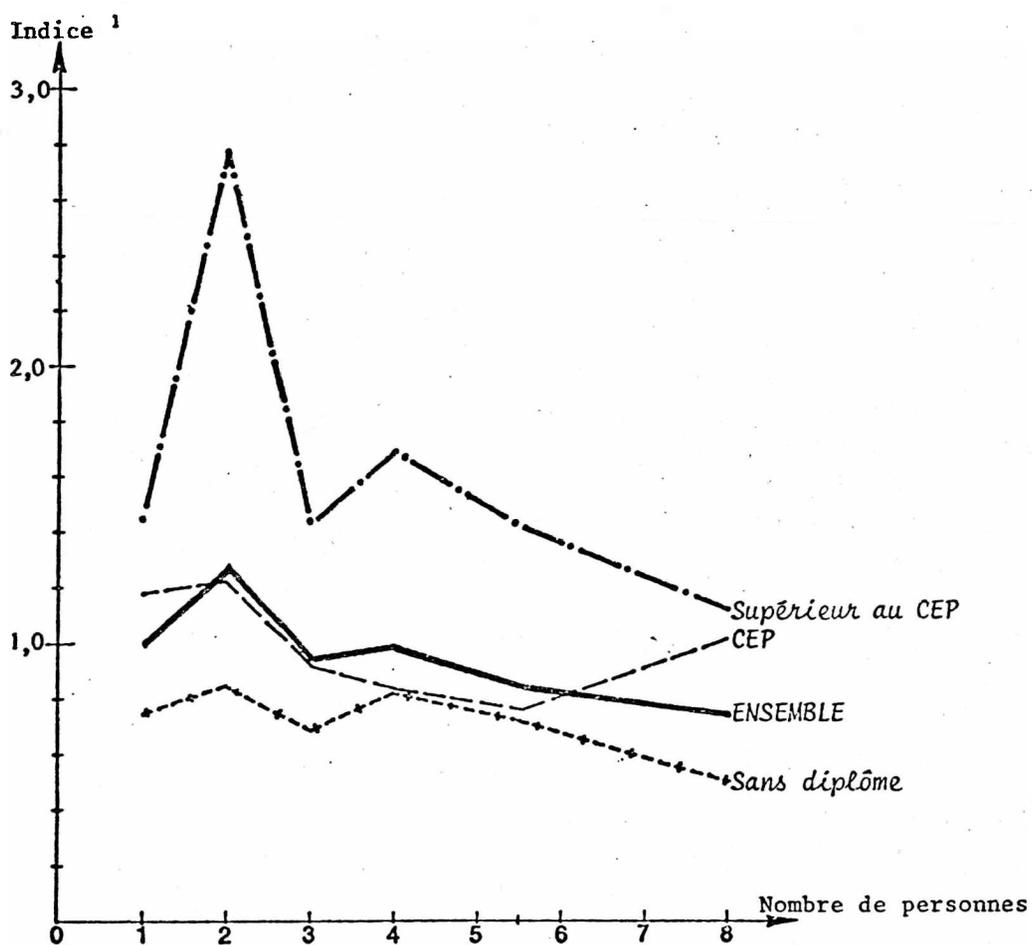


¹ Dépensé par personne redressée selon l'âge et le sexe, et rapportée à la moyenne.



Graphique 6

EFFETS SIMULTANES DE LA TAILLE DU MENAGE ET DU NIVEAU D'INSTRUCTION
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES



¹ Dépense par personne redressée selon l'âge et le sexe, et rapportée à la moyenne.

La dépense médicale totale des personnes non protégées par la Sécurité Sociale semble particulièrement faible et la part de l'hospitalisation y paraît très importante : 48,8 %, ce résultat n'est toutefois qu'indicatif du fait de la faiblesse des effectifs observés.

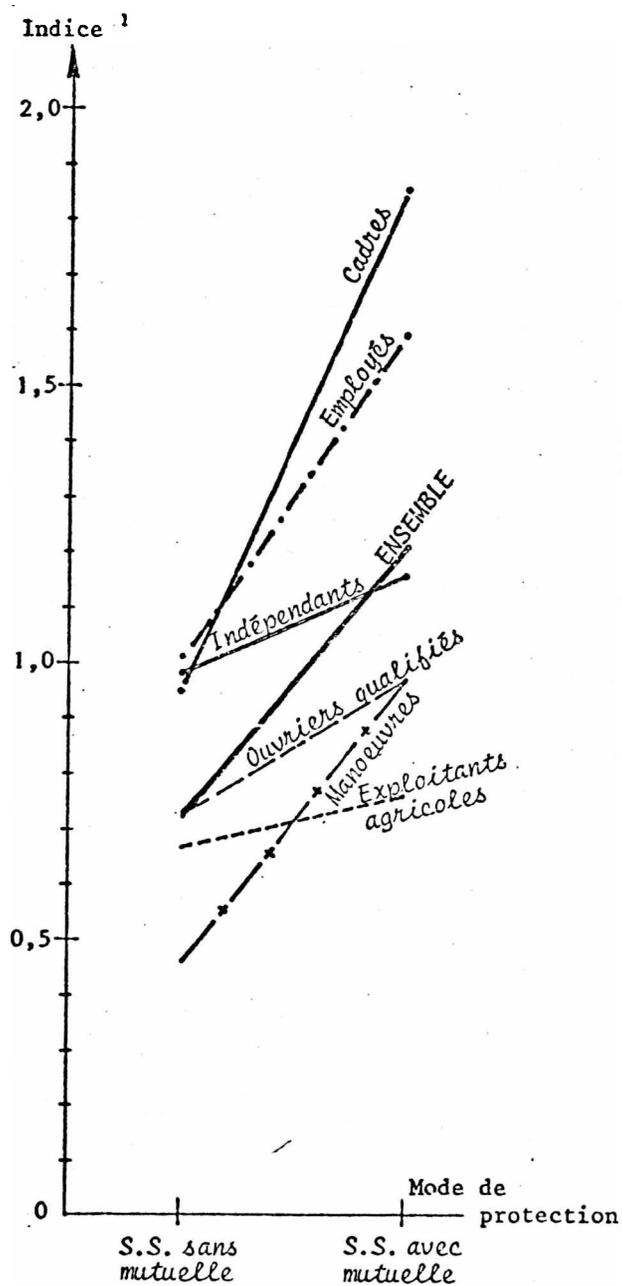
Tableau 5 : La consommation médicale selon le mode de protection individuel (1970)

<i>Mode de protection individuel</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Dépense médicale totale (par personne en 12 semaines)</i>	<i>Indice par rapport à la moyenne</i>	<i>Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe</i>	<i>% représenté par l'hospitalisation dans la dépense médicale totale</i>
Sécurité Sociale et mutuelle (dont ensemble des régimes non agricoles, et mutuelle)	11 503	141,58	1,06	1,10	32,0
	10 255	141,22	1,06	1,11	31,4
Sécurité Sociale sans mutuelle (dont ensemble des régimes non agricoles, sans mutuelle)	10 488	125,64	0,94	0,92	37,8
	8 206	131,74	0,99	0,98	38,6
Non protégées par la Sécurité Sociale	1 206	128,32	0,96	0,87	48,8

L'étude de l'effet du mode de protection sur les soins de spécialistes revient à comparer les assurés selon qu'ils sont mutualistes ou non ; comme pour le revenu, il s'agit d'une variable économique puisqu'elle agit en particulier par le biais de la répartition entre les sommes remboursées et les sommes à la charge des ménages ; pour chaque catégorie socio-professionnelle (Cf. graphique 7) et pour chaque groupe de niveau d'instruction (Cf. graphique 8), la consommation de soins de spécialistes des mutualistes est supérieure à celle des non-mutualistes ; pour chacun de ces deux groupes, la hiérarchie des CSP n'est pas très stable dans le détail, mais les cadres, employés, indépendants sont de forts consommateurs, et les manoeuvres et exploitants agricoles de faibles consommateurs ; enfin, la consommation de soins de spécialistes augmente avec le niveau d'instruction. Ici encore, les groupes favorisés sont plus souvent mutualistes : quelle est la part dans l'effet observé de la mutualité, de l'effet induit des variables socio-culturelles, CSP et niveau d'instruction ?

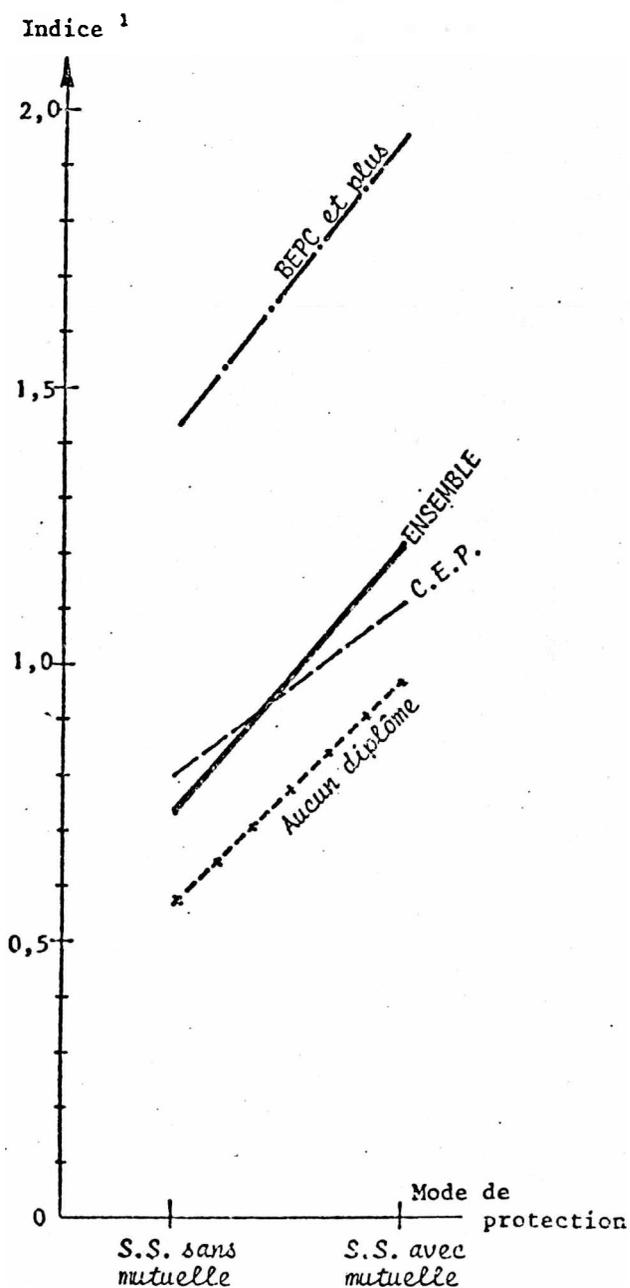
Graphique 7

EFFETS SIMULTANES DU MODE DE PROTECTION
ET DE LA CSP
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES



Graphique 8

EFFETS SIMULTANES DU MODE DE PROTECTION
ET DU NIVEAU D'INSTRUCTION
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES



¹ Dépense par personne redressée selon l'âge et le sexe, et rapportée à la moyenne.

Les mutualistes consomment 66 % de plus que les non-mutualistes ($121/73 = 1,66$) (Cf. tableau 9) ; les effets induits de la structure par CSP et par niveau d'instruction sont du même ordre de grandeur et de l'ordre de 13%, et l'effet du mode de protection, dégagé de l'un ou l'autre de ces deux caractères est encore de 47 %. On conclura ici à un effet non négligeable du mode de protection. Il convient de rappeler qu'il s'agit de soins de spécialistes, et qu'on a vu par ailleurs qu'un accroissement des soins ambulatoires peut s'accompagner d'une diminution de l'hospitalisation, réduisant les écarts observés sur la consommation totale.

6. La catégorie de commune

La dépense médicale totale croît très régulièrement lorsque le nombre d'habitants de la commune de résidence augmente, de 1 à 1,4 environ. Le redressement par âge et sexe accentue légèrement cet écart.

Tableau 6 : La consommation médicale selon la catégorie de commune de résidence
(1970)

<i>Catégorie de commune de résidence</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Dépense médicale totale (par personne en 12 semaines)</i>	<i>Indice par rapport à la moyenne</i>	<i>Indice redressé en fonction de l'âge et du sexe</i>	<i>% représenté par l'hospitalisation dans la dépense médicale totale</i>
Communes rurales	7 460	114,50	0,86	0,83	36,8
Moins de 20 000 habitants	3 521	117,41	0,88	0,89	31,2
De 20 000 à moins de 100 000 hab.	3 165	137,52	1,03	1,04	35,3
Plus de 100 000 habitants	5 677	149,46	1,12	1,13	35,7
Région Parisienne	3 374	162,93	1,22	1,24	35,3

La part de l'hospitalisation dans ces dépenses est maximum pour les habitants des communes rurales 36,8 % mais l'écart est relativement faible avec les communes urbaines de plus de 20 000 habitants, où elle varie autour de 35,5%. La pression de l'offre se manifeste donc plus par le niveau des consommations médicales que par leur répartition entre dépense d'hospitalisation et dépense de "ville", contrairement à ce que l'on observe entre catégories socio-professionnelles.

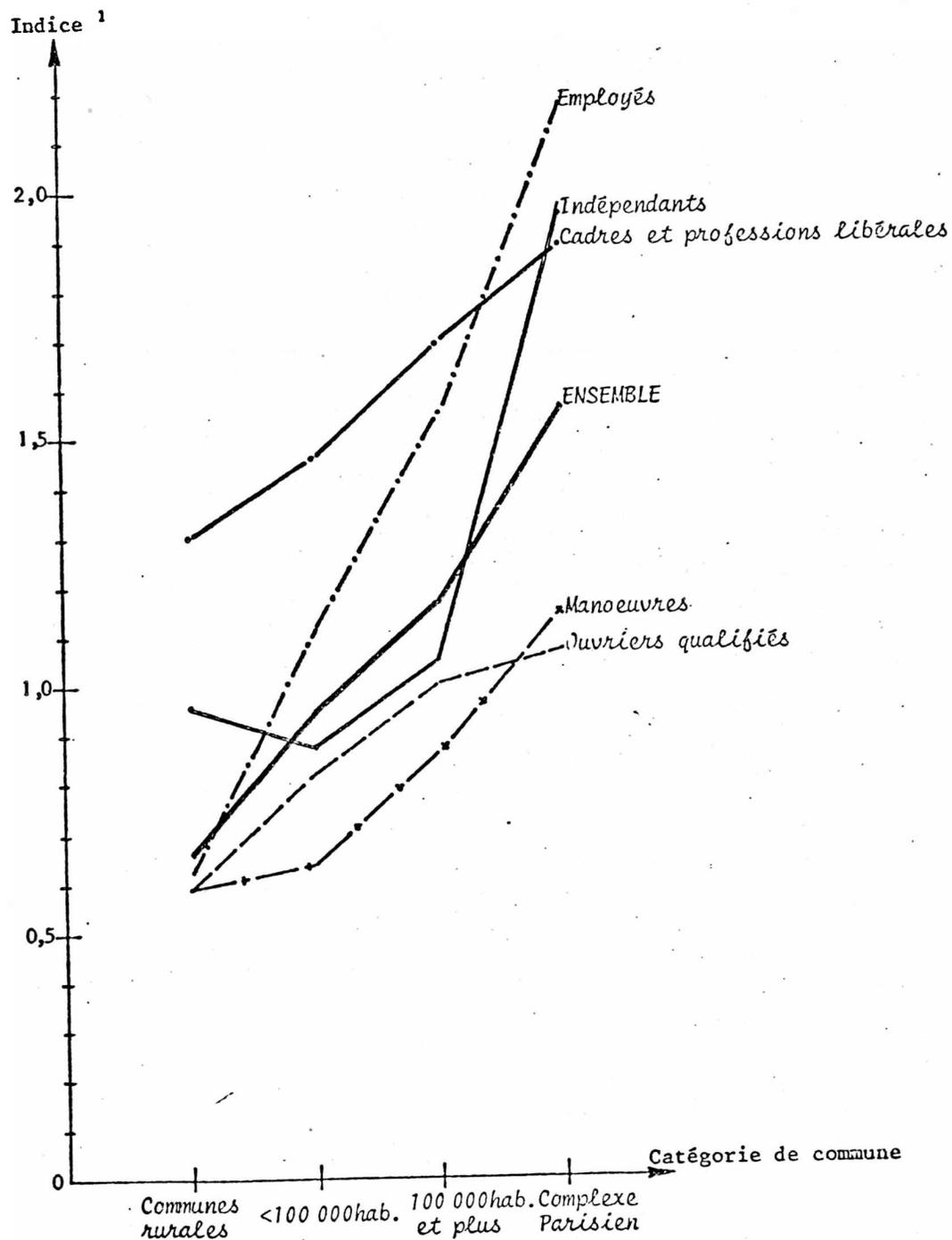
L'influence de la catégorie de communes sur la consommation de soins de spécialistes est extrêmement importante, puisque l'indice passe de 0,66 dans les communes rurales à 1,56 dans le complexe Parisien, soit un accroissement de 136 % ($1,56/0,66 = 2,36$) -cf. tableau 10- ; cependant, la structure socio-professionnelle lui est également très liée ; cette consommation varie pour chaque catégorie socio-professionnelle dans le même sens que pour l'ensemble de l'échantillon (cf. graphique 9), avec cependant une pente moins importante ; de même, le profil des consommations des catégories socio-professionnelles est le même dans les différentes catégories de communes. Le lien entre les deux facteurs est important, puisque le seul effet induit de la CSP sur la catégorie commune fait varier la consommation de soins de spécialistes de 0,87 à 1,16, soit un accroissement de 33 % ($1,16/0,87 = 1,33$) ; dégagé de cet effet induit de la CSP, l'effet "propre" de la catégorie de commune reste cependant important, puisque l'indice varie de 0,76 à 1,34, correspondant à un accroissement de 76 % ($1,34/0,76 = 1,76$). On concluera donc à un important effet propre de la catégorie de commune.

* * *

*

Graphique 9

EFFETS SIMULTANES DE LA CATEGORIE DE COMMUNE ET DE LA CSP
SUR LES SOINS DE SPECIALISTES



¹ Dépense par personne redressée selon l'âge et le sexe, et rapportée à la moyenne.

Il ressort de cette analyse rapide que les critères socio-économiques étudiés ont un effet relativement faible sur les dépenses médicales, si l'on élimine les effets dûs exclusivement aux différences de structures par âge et par sexe. Les écarts les plus accentués s'observent selon la catégorie de commune. Il semble donc que les institutions d'assurances, obligatoires pour une très grande partie de la population, en particulier pour les salariés à bas revenu, en rendant solvable une clientèle qui sur un marché totalement libre ne le serait pas, ont permis une large diffusion des soins dans la population.

Quatre remarques peuvent atténuer cette affirmation :

- a - dans le type d'enquête étudiée, les populations trop différentes de la moyenne et des normes admises, sont sous-représentées, qu'il s'agisse de travailleurs immigrés, de jeunes mal intégrés ou de ménages très riches. Cet outil est mieux adapté à l'observation des classes moyennes et, de ce fait, les amplitudes de variations observées sont certainement minimisées par rapport à la réalité aux deux extrémités de l'échelle sociale (5% environ de la population).
- b - les facteurs ayant un effet sur la consommation médicale sont liés également entre eux. Dans la mesure où ces liaisons entraînent des variations dans le même sens des consommations médicales, il est difficile de déterminer l'effet propre de chacun des facteurs. Pour tenter de l'appréhender, on considère la dépense de soins de spécialistes, très sensible aux variations économiques et sociales : importantes dans les couches favorisées de la société, ces dépenses sont très faibles dans les couches défavorisées. On voit nettement que les effets de la CSP et du mode de protection se cumulent, *l'écart entre les manoeuvres ne bénéficiant que de la Sécurité Sociale et les cadres protégés par la Sécurité Sociale et une mutuelle atteignant 1 à 4*, alors qu'il est de 1 à 2,2 lorsqu'on ne tient pas compte de la protection. De même, les effets du niveau d'instruction et d'une protection complémentaire se cumulent. Dans les deux cas, c'est pour les couches les plus favorisées que la protection complémentaire entraîne l'augmentation la plus importante de soins de spécialistes. Par contre, l'effet du revenu est essentiellement un effet apparent dû aux différences de représentation des CSP dans les classes de revenu. (Notons cependant qu'il s'agit du revenu déclaré par les ménages et qu'il est parfois fortement sous-estimé)

- c - Le relativement faible effet des variables socio-économiques sur la consommation globale de soins n'implique aucune conclusion en ce qui concerne les "besoins". Si ces derniers sont mal connus, on sait cependant les importants écarts de mortalité selon les catégories socio-professionnelles ; si la mortalité peut être considérée comme un indicateur de "besoins", on conclura à d'importantes disparités à "besoin" égal.
- d - Enfin, si le niveau des dépenses médicales varie peu, entre les grands groupes sociaux, la composition de ces dépenses, elle, est très différente. Plusieurs phénomènes se conjuguent à ce niveau, et ce sont les couches les moins favorisées de la population qui consomment proportionnellement le plus de soins hospitaliers ; si le niveau global de la consommation médicale est peu sensible aux facteurs économiques et sociaux, c'est le contenu de cette consommation qui traduit la stratification sociale.

ANNEXES

Tableau 7 : Effet du revenu sur les soins de spécialistes
(indices redressés selon l'âge et le sexe)

Classes de revenus	Indices Observés	Indices induits des structures par CSP	Indices dégagés des structures par CSP
Moins de 15 000 F.	0.82	0.88	0.93
de 15 000 à 19 999 Fr.	0.92	0.93	0.99
de 20 000 à 29 999 Fr.	0.98	0.99	0.99
30 000 Fr. et plus	1.31	1.21	1.08

Tableau 8 : Effet de la taille du ménage sur les soins de spécialistes
(indices redressés selon l'âge et le sexe)

Taille du ménage (nombre de personnes)	Personnes ayant terminé leurs études			Ensemble		
	Indices observés	Indices induits des structures par NI	Indices dégagés des structures par NI	Indices observés	Indices induits des structures par CSP	Indices dégagés des structures par CSP
1	0.99	0.97	1.02	1.00	0.98	1.02
2	1.37	1.01	1.36	1.27	0.99	1.28
3	1.02	1.04	0.98	0.94	1.05	0.89
4	1.14	1.05	1.09	0.99	1.05	0.94
5 et 6	0.84	0.98	0.86	0.85	1.00	0.85
7 et plus	0.63	0.90	0.83	0.75	0.93	0.80

Tableau 9 : Effet du mode de protection sur les soins de spécialistes
(indices redressés selon l'âge et le sexe)

Mode de protection	Indices Observés	Indices induits des structures par CSP	Indices dégagés des structures par CSP	Indices induits des structures par NI	Indices dégagés des structures par NI
Sécurité Sociale seule	0.74	0.93	0.78	0.94	0.79
Sécurité Sociale + Mutuelle	1.22	1.05	1.15	1.06	1.15

Tableau 10 : Effet de la catégorie de commune sur les soins de spécialistes
(indices redressés selon l'âge et le sexe)

Catégorie de Commune	Indices observés	Indices induits des structures par CSP	Indices dégagés des structures par CSP
Communes rurales	0.66	0.87	0.76
Communes urbaines de moins de 100 000 habitants	0.95	1.01	0.94
Communes urbaines de plus de 100 000 habitants	1.17	1.06	1.10
Complexe Parisien	1.56	1.16	1.34

25 MAI 1981

1 ex; n° 1

