

CREDOC
BIBLIOTHEQUE

Consommation

REVUE DE SOCIO-ECONOMIE

Sou1980 - 3266 à 3269

2.

x

1980 n°2



avril-juin

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ETUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE

dunod

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. Michel Albert, Commissaire

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 intéressants, 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 : Michel ALBERT

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 : André BABEAU

Professeur à l'Université de Paris-X

Les citations sont autorisées sous réserve d'indication de la source. En revanche, toute reproduction de la totalité ou d'une partie substantielle d'un article doit faire l'objet d'une autorisation du Rédacteur en Chef de la Revue et de l'auteur de l'article.

Consommation

REVUE DE SOCIO-ECONOMIE

XXVII^e année

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ

N° 2 avril-juin 1980

dunod

Abonnements/**Subscriptions**

1980 et années antérieures

Un an, 4 numéros France 147 F

One year, 4 issues Autres pays 175 F
Other countries

Le numéro/**per issue** 50 F

C.D.R. Centrale des Revues

B.P. 119, 93104 Montreuil Cedex, France

Tél. : 374.12.45

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

142, rue du Chevaleret,

75013 Paris. Tél. 584-14-20

sommaire

ÉTUDES

RENÉE SERANGE-FONTERME

ET MABELLE SONNENSCHIN

Les consommations médicales dans la région lyonnaise en
1975 3

ANNETTE JOBERT ET PATRICK ROZENBLATT

La juridicisation des conseils de prud'hommes, une évolution
irréversible 31

GILLES BEAUSOLEIL

Transferts sociaux et protection sociale en Amérique
du Nord 51

BENOIT RIANDEY ET JEAN TABOULET

Le fractionnement et l'étalement des vacances. Contraintes
et aspirations des actifs parisiens 73

RÉSUMÉS-ABSTRACTS 109

LES CONSOMMATIONS MÉDICALES DANS LA RÉGION LYONNAISE EN 1975

par

Renée SERANGE-FONTERME ⁽¹⁾
et Mabelle SONNENSCHNEIN ⁽²⁾

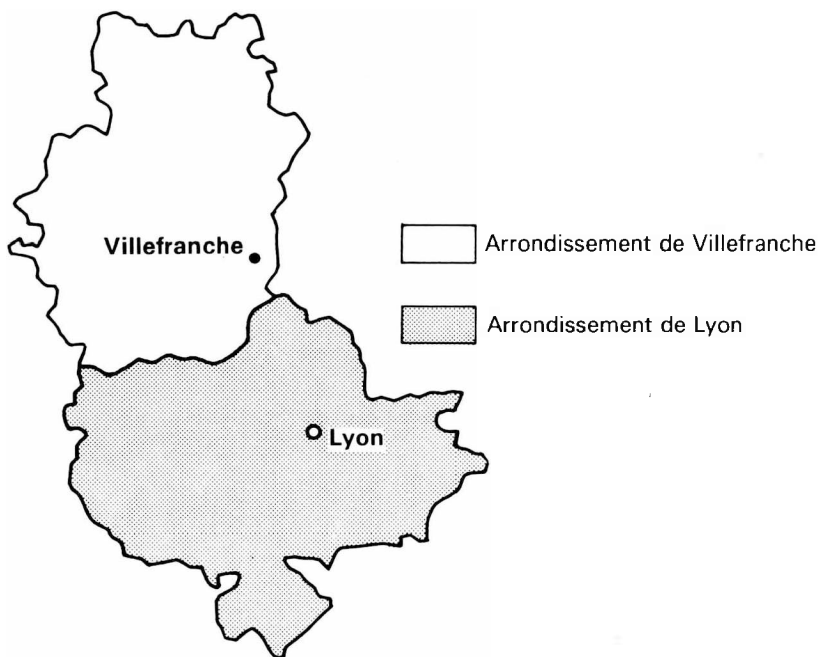
SOMMAIRE

Introduction	4
I. Le sujet de l'étude	6
1. Sa délimitation	6
2. Les consommations médicales	6
3. La signification économique de la dépense « déclarée » à la Sécurité Sociale	7
4. La zone géographique d'observation	9
5. La population concernée	9
6. La période d'observation	10
7. Les objectifs	10
II. Note méthodologique	10
1. Les données démographiques et socio-économiques	11
2. Les consommations médicales	11
3. Approche comparative avec l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. de 1970.. . . .	13
III. Premiers résultats de l'enquête	16
1. La structure des consommations médicales	16
2. L'influence des facteurs démographiques et socio-économiques	20
Conclusion	27
Annexe	28

(1) Economiste, assistante à la Faculté de Médecine Alexis-Carrel, Laboratoire de Médecine Légale, Association Lyonnaise d'Économie Médicale : présidée par les professeurs Louis ROCHE et Denis Clair LAMBERT.

(2) Professeur d'Économie, School of Graduate Dentistry, Boston, U.S.A.

La consommation médicale des ménages représente aujourd'hui environ 7 % du Produit Intérieur Brut de la France. Ce pourcentage était de 6 % en 1974, et de 4 % en 1960 ⁽¹⁾. Les dépenses de santé ont donc connu, au cours de ces vingt dernières années, un taux d'accroissement annuel relativement élevé, supérieur à celui de l'ensemble de l'activité économique. Ainsi chaque année, depuis 1970, la consommation médicale exprimée en valeur a augmenté (excepté en 1976) plus vite de 2 à 4 % que le Produit Intérieur Brut. L'écart reste sensible lorsqu'on l'apprécie en volume.



La part de la santé dans l'activité économique générale s'est accrue et la consommation médicale des ménages figure, aujourd'hui, au troisième rang des besoins exprimés par les consommateurs, après l'alimentation et le logement.

Cependant, les différents types de soins n'ont pas suivi le même rythme d'évolution. La structure de la consommation médicale s'est en effet déformée dans le sens d'un fort accroissement relatif des dépenses hospitalières qui, en 1978, représentaient 48,3 % du total des soins médicaux consommés (38,3 % en 1950).

Cette évolution est largement liée au développement prodigieux de la technique médicale depuis quelques dizaines d'années. Celui-ci a accru considérablement le coût de l'action médicale, si bien que des « clignotants »

(1) Les Comptes de la Santé (Ministère de la Santé), C.R.E.D.O.C.-I.N.S.E.E., Collections de l'I.N.S.E.E., série C, n° 74, juin 1979.

financiers et économiques apparaissent de plus en plus inquiétants. N'est-il pas habituel de dire aujourd'hui que l'effort social de la Nation ⁽¹⁾ dépasse le budget de l'État ?

Comme par ailleurs l'accroissement des dépenses de santé s'inscrit dans un temps de grave récession économique, le problème semble se poser en termes plus aigus. Les mesures prises à plusieurs reprises par le gouvernement pour résorber le déficit du budget de la Sécurité Sociale, et les mesures récentes pour limiter l'accroissement de l'ensemble des dépenses de santé à celui du Produit Intérieur Brut ne témoignent-elles pas de ce point de vue ?

Les enquêtes sur les consommations médicales constituent une source d'informations essentielle dans l'exigence d'une meilleure connaissance de l'utilisation du système de soins, ainsi que pour l'étude des comportements individuels de consommation.

Cette notion de la dépense a été appréhendée jusqu'alors d'une façon privilégiée par la méthode d'enquête directe auprès des ménages.

L'enquête la plus importante menée à cet égard sur les consommations médicales individuelles est l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. ⁽²⁾ de 1970 sur les soins médicaux de ville, qui s'est déroulée de janvier 1970 à janvier 1971 en quatre vagues successives de 3 mois.

L'option méthodologique retenue pour l'étude effectuée par l'Association Lyonnaise d'Économie Médicale dans le cadre d'une A.T.P. ⁽³⁾ du C.N.R.S., n'a pas consisté à enquêter auprès des ménages, mais à collecter leurs consommations médicales, d'une part directement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, et d'autre part auprès des établissements hospitaliers.

C'est la première fois qu'une enquête de cette ampleur (portant sur 3 500 ménages, soit 10 000 individus) est réalisée en France à partir de ces documents administratifs.

Il serait utile que de telles initiatives soient développées à tous les niveaux national, régional, local. Elles permettraient, sans aucun doute, d'avoir une meilleure connaissance de la consommation individuelle de biens et de services médicaux.

Le travail présenté ici a été réalisé grâce à l'étroite collaboration des organismes suivants :

— l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, Direction Régionale de Lyon, qui a tiré l'échantillon de la population ⁽⁴⁾;

(1) Ce concept, plus large que celui des dépenses de santé, inclut les trois risques : maladie, vieillesse, famille.

(2) cf. notamment A. et A. MIZRAHI, Enquête 1970 sur les Consommations médicales, *Consommation*, n° 2, 1976.

(3) A.T.P. Action thématique programmée du Centre National de la Recherche Scientifique, n° 23-21.

Le travail a été réalisé avec la collaboration directe de :

(4) Pour l'I.N.S.E.E. : Piète FOULON, Chargée de mission; Paul Albert PONOMAREFF, Administrateur.

- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, qui a autorisé et facilité l'accès aux consommations médicales ⁽¹⁾;
- le service informatique des Hospices Civils de Lyon qui a réalisé la saisie et l'exploitation des données ⁽²⁾;
- les services administratifs des Hospices Civils de Lyon et les autres établissements d'hospitalisation publique, ainsi que les syndicats régionaux de l'hospitalisation privée, qui ont permis le recueil des consommations hospitalières.

La mobilisation de ces informations a été faite dans le strict respect du secret statistique.

Les résultats sont uniquement donnés sous forme globale.

I. – LE SUJET DE L'ÉTUDE

1. SA DÉLIMITATION

L'étude porte sur la consommation médicale individuelle déclarée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon (régimes général et rattachés) au cours de l'année 1975, au titre des risques maladie, maternité et accidents du travail.

La consommation médicale retenue au niveau d'une étude sur les dossiers de Sécurité Sociale tient compte du montant des soins, lorsque celui-ci est déclaré à la Sécurité Sociale.

Il s'agit alors d'une étude sur la consommation médicale, telle qu'elle est connue par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, à partir des dossiers individuels de remboursement des assurés.

Cette consommation médicale peut :

- être déclarée à la C.P.A.M. lors d'une demande de remboursement émanant de l'assuré;
- être connue par la C.P.A.M. lors d'une demande de règlement de factures, émanant directement des établissements hospitaliers, dans le cas où le financement de la dépense est effectué par le système du tiers payant.

2. LES CONSOMMATIONS MÉDICALES

Le champ d'observation de l'étude établit une distinction de base entre les soins médicaux de ville et les soins délivrés dans le cadre d'un séjour en établissement hospitalier.

Elle se justifie à la fois par les modalités d'accès à l'information et par la nature des objectifs qui seront précisés ultérieurement.

(1) Pour la C.P.A.M. de Lyon : Pierre POSSA, Directeur Adjoint.

(2) Pour le service informatique des Hospices Civils de Lyon : Albert BIRON, chef de projet.

2.1. La consommation médicale de ville peut se définir comme l'ensemble des biens et des services médicaux acquis par les individus en dehors de tout séjour hospitalier. Elle regroupe, d'une part, les actes de médecins, dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux rendus en consultation au cabinet, en visites à domicile et en consultations externes dans les établissements hospitaliers et d'autre part les biens pharmaceutiques et fournitures sanitaires acquis dans les officines mutualistes et autres.

2.2. La consommation médicale hospitalière est liée à un séjour hospitalier. Elle comprend les honoraires et les frais de séjour réalisés dans les secteurs hospitaliers public et privé (hôpitaux publics, hôpitaux privés, cliniques privées, cliniques ouvertes, secteur privé des médecins temps plein).

3. LA SIGNIFICATION ÉCONOMIQUE DE LA DÉPENSE « DÉCLARÉE » A LA SÉCURITÉ SOCIALE

La référence aux quelques concepts suivants permettra de mieux délimiter le champ de définition de ce travail.

3.1. Montant déclaré et base de remboursement

Le prix des actes médicaux en France s'établit dans le cadre d'une convention nationale signée entre les syndicats médicaux et la Sécurité Sociale.

Chaque acte est inventorié par référence à une nomenclature de lettres clés⁽¹⁾ et à chaque lettre clé est rattaché un tarif qui est la valeur reconnue par la Sécurité Sociale pour chaque acte effectué par le producteur de soins; c'est donc sur ce tarif qu'est appliqué un taux de prise en charge de la dépense par la Sécurité Sociale. Ce tarif est également la base de la rémunération des médecins libéraux français.

La valeur déclarée à la Sécurité Sociale est différente de la base de remboursement, dans tous les cas où le montant de la dépense effectivement déclarée est supérieur au tarif admis conventionnellement.

Cela peut se produire lorsque les individus consultent des médecins non conventionnés (base de remboursement très faible) ou dans le cas d'actes relevant de l'acquisition d'un droit au dépassement d'honoraires (honoraires supérieurs au tarif de Sécurité Sociale).

Par contre, chaque fois que la valeur déclarée à la Sécurité Sociale est égale au tarif en vigueur, elle correspond exactement à la dépense reconnue.

3.2. Montant déclaré et montant remboursé

Les dépenses de santé sont prises en charge par la Sécurité Sociale selon des taux qui varient en fonction des divers types de prestations. Par exemple, les actes des médecins libéraux sont remboursés à 75 % du tarif conventionnel.

(1) exemple : C = consultation; V = visite; K = acte de chirurgie; B = Acte de biologie; Z = acte de radiologie. Un acte peut correspondre à plusieurs lettres clés : ex. appendicite = K 50.

Un certain pourcentage du prix total des soins est donc assumé directement par l'assuré : c'est le ticket modérateur. C'est le financement de la dépense, au titre du ticket modérateur, qui constitue la différence entre le montant déclaré et le montant remboursé par la Sécurité Sociale. Ce dernier pourrait cependant être reconstitué en appliquant à chaque catégorie de prestations les tarifs correspondants.

3.3. Montant déclaré et débours du malade

Le financement de la dépense de santé des ménages en France emprunte une double procédure :

— d'une part, le paiement direct du coût des soins par le malade assorti d'un remboursement de la dépense qui intervient *a posteriori*. Ce système s'applique généralement à l'ensemble des actes médicaux délivrés au titre de la médecine de ville (*cf.* définition, p. 7) ainsi qu'aux achats de biens médicaux (presque essentiellement produits pharmaceutiques) effectués par les ménages;

— d'autre part, le financement de la consommation médicale par tiers payant : dans ce cas, le malade ne verse pas lui-même au producteur de soins le montant de la dépense. C'est la Sécurité Sociale qui intervient comme « tiers payant » entre le producteur (par exemple, l'hôpital) et le consommateur (le malade).

Ce principe qui s'applique dans la majorité des cas aux frais occasionnés par une hospitalisation signifie que seule, la fraction du montant total restant en principe à la charge de l'assuré (environ 20 % en matière d'hospitalisation), est « déboursée » par lui.

Le *débours* est la somme effectivement versée par les ménages, indépendamment des modalités de prise en charge sociale en vigueur, c'est-à-dire notamment sans tenir compte des remboursements ultérieurs dont ceux-ci peuvent bénéficier.

Le montant déclaré à la Sécurité Sociale peut être inférieur au débours si le malade a payé un prix supérieur à celui qui est déclaré par le producteur de soins sur les feuilles de maladie.

Par contre, la valeur déclarée est supérieure au débours dans tous les cas où intervient un financement par tiers payant. Si le financement intervient à 100 % selon ce principe, le débours est alors nul.

3.4. Montant déclaré et dépense réelle

La dépense réelle traduit la valeur finale de la consommation médicale des ménages, telle qu'elle devrait être saisie, indépendamment des biais attachés aux méthodes retenues pour le recueil de l'information.

La valeur réelle de la consommation médicale des ménages apparaît supérieure au montant déclaré à la Sécurité Sociale lorsque :

- les biens médicaux sont achetés sans ordonnance;

— les honoraires payés ne font l'objet de la part du praticien d'aucune inscription sur les feuilles de maladie de la Sécurité Sociale, ou lorsque le montant déclaré est inférieur au prix effectivement demandé par le prestataire de services;

— les individus ont utilisé les services de consultations externes des hôpitaux publics ou les centres de soins publics fonctionnant dans le cadre du tiers payant.

Cette étude comporte donc un certain nombre de zones d'ombre qui restent, à ce stade de l'analyse, très difficiles à estimer.

Le concept de montant déclaré à la Sécurité Sociale est apparu cependant plus satisfaisant à retenir que ceux de dépense reconnue, de dépense remboursée et de débours. Il s'agit, en effet, d'une unité de mesure de la consommation médicale qui s'approche le plus possible de la valeur réelle des soins médicaux délivrés aux ménages.

4. LA ZONE GÉOGRAPHIQUE D'OBSERVATION

La zone géographique d'observation couvre l'arrondissement administratif de Lyon, dont la population totale s'élevait, au recensement de 1975, à 1 297 000 habitants, répartis dans 162 communes. Cette zone correspond exactement à la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon. Elle comprend le département du Rhône, moins l'arrondissement de Villefranche.

5. LA POPULATION CONCERNÉE

La population concernée est celle qui, domiciliée dans l'arrondissement de Lyon est protégée par les régimes général et rattachés de la C.P.A.M. de Lyon.

La zone statistique d'observation se trouve donc à l'intersection entre la population totale de l'arrondissement et l'ensemble de la population protégée par les régimes général et rattachés.

L'administration de la C.P.A.M. de Lyon a estimé le pourcentage des individus domiciliés dans l'arrondissement de Lyon qui ne sont pas protégés par elle. Ce pourcentage est de 20 % environ. Il intéresse les catégories suivantes d'individus :

— ceux qui relèvent par leur profession d'autres régimes de Sécurité Sociale (régime agricole, régime des travailleurs indépendants, régimes spéciaux);

— ceux qui sont affiliés à des caisses primaires de Sécurité Sociale extérieures à Lyon, parce qu'ils sont salariés d'une entreprise dont le siège social est situé en dehors de l'arrondissement de Lyon.

Par ailleurs, 5 % environ d'individus protégés par les régimes général et rattachés de la C.P.A.M. de Lyon (salariés d'une entreprise dont le siège social est situé dans l'arrondissement de Lyon) échappent également à la zone d'observation, parce qu'ils ne sont pas domiciliés dans l'arrondissement.

A défaut de statistiques rigoureuses dans ce domaine, ces estimations ont servi de base de référence pour apprécier les résultats obtenus à partir des données de l'enquête.

6. LA PÉRIODE D'OBSERVATION

La période d'observation est l'année 1975 (de janvier à décembre en continu).

Il peut exister, aux mois extrêmes de l'année, une distorsion entre la période de consommation effective (par exemple décembre 1974) et celle du remboursement (par exemple janvier 1975); cependant, le rythme des remboursements peut être considéré comme relativement stable et un phénomène de compensation a lieu d'une année à l'autre.

7. LES OBJECTIFS

Les objectifs définis au départ de l'enquête procédaient d'une triple exigence :

7.1. mettre en évidence un certain nombre de spécificités locales qui semblent propres au système de santé « lyonnais » et apprécier ainsi la place relativement importante prise par l'hospitalisation dans l'ensemble des dépenses de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;

7.2. observer les relations qui existent entre les différentes catégories de population, caractérisées par des variables démographiques et socio-économiques et les consommations médicales individuelles.

Une préoccupation essentielle est l'analyse du rôle de l'hospitalisation par rapport aux soins médicaux de ville. Les soins hospitaliers sont-ils complémentaires de la médecine de ville ou au contraire se substituent-ils à ceux-ci pour certaines catégories de population et pourquoi ?

7.3. comparer les résultats obtenus selon une méthodologie propre à cette enquête et les résultats d'autres enquêtes, notamment celle de l'I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. de 1970 sur les soins médicaux de ville qui a procédé par interrogation directe des ménages.

II. — NOTE MÉTHODOLOGIQUE

L'étude porte sur la consommation médicale individuelle. Chaque individu est caractérisé par des données de type démographique et socio-économique et par des informations concernant ses consommations médicales. La méthodologie retenue pour le recueil des informations de base, nécessaires à la réalisation des objectifs proposés, est résumée ci-après.

1. LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

Ces informations sont localisées à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques de Lyon.

1.1. L'échantillon de population

Un échantillon de 3 437 ménages, soit 9 775 individus, a été tiré de façon aléatoire par l'I.N.S.E.E. de Lyon, à partir du sondage au 1/5 du recensement de la population de 1975. Il s'agit d'un tirage systématique au 1/25 basé sur le dénombrement des ménages au niveau de chaque commune. Cet échantillon correspond, en fait, à un tirage au 1/125 sur l'ensemble de la population de l'arrondissement administratif de Lyon.

Durant tout le déroulement de l'enquête, le travail a été réalisé dans les locaux de l'I.N.S.E.E. (cf. note (+), p. 5).

1.2. L'unité de sondage

L'unité de sondage est le ménage ⁽¹⁾. Seuls les ménages qui occupaient le logement à titre de résidence principale, au moment du recensement, ont été retenus.

L'enquête n'a pas pris en compte les logements vacants, les résidences secondaires et les ménages collectifs.

1.3. La représentativité de l'échantillon

L'échantillon de la population comparé aux résultats du recensement de 1975 sur les principales variables comme l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, apparaît représentatif de la population totale de l'arrondissement de Lyon, ainsi qu'on peut le constater dans les tableaux en annexe.

2. LES CONSOMMATIONS MÉDICALES

Le but de l'opération était de retrouver, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, les données de consommation médicale ⁽²⁾ de la population appartenant à l'enquête.

Les assurés sociaux sont répartis dans les 37 centres de paiement de la C.P.A.M. L'affectation à un centre est généralement fonction du domicile et, plus rarement, de certains critères d'ordre professionnel.

(1) Un ménage au sens de l'I.N.S.E.E. se définit comme des personnes vivant ensemble dans un même logement.

(2) Les informations disponibles, à ce niveau d'observation, ne portent aucune mention de morbidité, ni d'indication relative au type de traitement prescrit.

2.1. Le recueil des consommations médicales

Chaque assuré ⁽¹⁾ relève d'un centre de paiement où sont rassemblées les données nécessaires au remboursement ou au paiement direct des prestations dues à lui-même ainsi qu'à ses ayants-droit ⁽²⁾.

Le recueil des consommations médicales a été fait dans les centres de paiement de la C.P.A.M. de Lyon.

a) Les soins médicaux de ville

Dans leur majorité, les soins médicaux de ville ont été recueillis directement pour chaque assuré et pour chacun de ses ayants-droit. Les consommations relatives aux accidents du travail, gérées d'une façon particulière par la Caisse Primaire, ont dû être relevées dans un autre service qui centralise cette information.

b) La consommation hospitalière

Le dossier de remboursement de l'assuré ne permet pas, dans la plupart des cas, d'avoir directement accès aux consommations médicales liées à un séjour hospitalier. En effet, celles-ci sont payées directement par la Sécurité Sociale à l'établissement et ne figurent pas dans le dossier de l'assuré. Le recueil des consommations hospitalières a dû être réalisé à partir des documents hospitaliers, sauf dans le cas relativement rare, où le malade avait réglé directement le prix de son séjour.

2.2. Problèmes de méthode

Le problème essentiel résulte souvent d'une non concordance entre les informations centralisées à la C.P.A.M. et les possibilités effectives d'accès aux données dans les centres de paiement.

Ainsi, les changements de régimes et de centres de paiement ne sont connus que si l'assuré en fait lui-même la déclaration. Des assurés, par exemple, ayant changé soit de caisse primaire, soit de régime social ou étant devenus ayants-droit d'un autre assuré, restent cependant inscrits dans ce centre. Inversement, certaines personnes, nouvellement assurées, peuvent y être inscrites avec un certain décalage de temps. Enfin, les mutations de centres de paiement ne sont pas toujours notifiées.

2.3. Pour améliorer la qualité du recueil

Un contrôle s'est imposé, afin d'éviter une perte trop importante d'informations.

(1) Personne protégée par la Sécurité Sociale du fait du versement de cotisations sociales.

(2) Ayant-droit : personne inactivée à la charge de l'assuré et bénéficiant de son système de protection sociale; généralement, l'ayant-droit est un conjoint ou un enfant.

La recherche systématique des consommations, lors de l'étude pilote, a mis en évidence que la qualité du recueil pouvait en effet être améliorée. Ce contrôle a permis de retrouver un grand nombre d'informations qui auraient été perdues au sens de l'enquête.

2.4. L'échantillon observé

Sur les 9 775 individus de l'échantillon :

– 73 %, soit 7 079 relèvent de la protection ⁽¹⁾ des régimes général et rattachés de la C.P.A.M. de Lyon. Ils constituent le champ d'observation statistique de l'enquête;

– 17 % sont affiliés à un autre régime de Sécurité Sociale (notamment régime agricole, régime des travailleurs indépendants) ou à une Caisse Primaire, autre que celle de Lyon;

– 10 % sont, au sens de l'enquête, perdus, mutés ou non accessibles.

2.5. Éclatement du ménage I.N.S.E.E.

Le ménage, tel qu'il est défini au sens de l'I.N.S.E.E. est une notion différente de celle de l'assuré social.

Au concept de ménage s'est substitué celui d'assuré auquel ont été rattachés les ayants-droit supposés.

On peut, en effet, trouver dans le dossier de l'assuré une, plusieurs ou toutes les personnes composant le ménage.

3. APPROCHE COMPARATIVE AVEC L'ENQUÊTE I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. DE 1970

Il est essentiel de préciser les caractéristiques propres à toute enquête, chaque fois que l'on a le souci d'entreprendre une analyse comparative des résultats.

En effet, étant donné que « la réalisation d'une enquête est, de façon générale, un compromis entre le souhaitable et le possible » ⁽²⁾, un certain nombre de biais spécifiques peuvent être attachés aux différentes options prises pour le recueil des données de base.

L'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. de 1970, réalisée sur la France entière auprès de 7 392 ménages (soit 23 197 personnes) représentatifs de l'ensemble des ménages résidant en France, a procédé par interrogation directe auprès des

(1) L'étude ne retient que la notion de personne protégée, qui agrège celle d'assuré et celle d'ayant-droit.

(2) Y. LEMEL et A. VILLENEUVE, Les consommations médicales des Français, *Les Collections de l'I.N.S.E.E.*, n° 57, 1977.

ménages. L'enquête effectuée par l'Association Lyonnaise d'Économie Médicale en 1975, a consisté à recueillir des informations de consommation médicale auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et des établissements hospitaliers publics et privés.

3.1. Intérêt de l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. et ses principaux biais

C'est au niveau de la consommation des soins médicaux de ville que cette enquête apporte les données les plus précises et les plus complètes, relatives notamment à la quantité et à la qualité des différents actes médicaux demandés. En outre, les produits pharmaceutiques ont été classés par mode d'action thérapeutique.

En effet, la mise en place d'un questionnaire offre une certaine liberté de choix dans la définition des informations à saisir par le jeu de l'interrogation directe.

En ce sens, deux types de renseignements qui n'apparaissent pas à la Sécurité Sociale ont été retenus dans l'enquête du C.R.E.D.O.C :

- d'une part, des renseignements sur les modes de protection sociale, et notamment sur les mutuelles complémentaires;
- d'autre part, des renseignements sur l'état de santé de la population et d'une façon plus générale sur la morbidité. Bien qu'elles ne soient pas relevées en fonction d'un diagnostic médical précis, mais au niveau de la déclaration plus ou moins subjective de l'intéressé malade, ces données introduisent un élément d'explication sur les causes « médicales » de la demande de soins.

Cependant, des biais subsistent, du fait même du mode de recueil retenu :

- une perte d'information peut être consécutive à un oubli de la part de la personne enquêtée, ainsi qu'au souci de ne pas révéler certaines consommations « mal vécues » par le malade, liées peut-être à des maladies sociales ou à des affections graves.

La bonne compréhension des questions posées n'est pas complètement assurée;

- le fait même de se savoir « objet d'enquête » risque de modifier sensiblement le comportement de l'individu;
- enfin, cette méthode ne permet pas de connaître les sommes financées par tiers payant. Notamment échappent dans l'estimation du coût les dépenses d'hospitalisation.

3.2. Intérêt de l'enquête de l'Association Lyonnaise d'Économie Médicale et ses principaux biais

Réalisée directement à la Sécurité Sociale, l'enquête favorise une relative objectivité du recueil des informations. Elle écarte en effet, notamment, les biais inhérents à la mémoire et au comportement individuel de la personne enquêtée, comme les oublis, les erreurs de compréhension. Par ailleurs, les omissions de transcription des données de Sécurité Sociale sur les bordereaux restent minimes, compte tenu du caractère systématique de ce recueil.

La méthode retenue et préalablement développée permet par ailleurs de connaître directement les consommations médicales de ville et les consommations hospitalières.

Chaque individu défini en fonction de critères démographiques et socio-économiques est alors caractérisé par une structure de consommation intégrant médecine de ville et hospitalisation.

L'apport de l'étude sur l'hospitalisation permet donc d'approfondir et de mieux connaître les comportements de consommation médicale d'une population, dans sa relation avec l'ensemble du système de soins.

Cependant, ce mode d'accès aux informations de consommation médicale laisse subsister également certains biais :

- en premier, nous rappellerons qu'il existe une différence entre le montant de la dépense déclarée à la Sécurité Sociale et la dépense réelle. Ceci conduit à sous-estimer parfois la valeur de la consommation totale individuelle dans le cas, par exemple, où l'assuré ne demande pas le remboursement des frais médicaux dont il a directement assumé le prix;

- du fait même de la multiplicité des sources d'information, la synthèse des divers éléments de cette information s'avère parfois difficile à réaliser avec rigueur;

- une part de l'information est restée inaccessible au moment de l'enquête, parce que certains documents avaient été égarés ou perdus dans les centres de paiement ;

- les biais importants sont liés, enfin, à l'existence de deux sources d'information de base de l'étude : les documents de l'I.N.S.E.E. contiennent des données concernant la population connue à la date précise d'un recensement; les statistiques de la C.P.A.M. sont soumises aux modifications de l'état et des caractéristiques de la population, à partir de la date du recensement. Ces modifications, qui jouent sur les conditions de prise en charge sociale de l'individu, peuvent être dues à un changement, au cours de l'année étudiée, de domicile, d'activité professionnelle ou de lieu de travail, ainsi qu'au changement de statut de l'individu (assuré du régime général devenant ayant-droit d'un assuré appartenant à un autre régime, ou inversement). Il s'ensuit que les consommations médicales de certains individus, appartenant à l'échantillon de la population, n'ont pas été saisies sur l'ensemble de l'année 1975;

- par ailleurs, et contrairement à l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. de 1970, le recueil des informations dans les centres de Sécurité Sociale ne permet pas de connaître les données de morbidité de la population, ni celles concernant l'existence de la prise en charge de la maladie par les mutuelles.

Une telle méthodologie qui assure une plus grande rigueur dans la saisie de l'information n'a cependant pas la souplesse d'une interrogation directe auprès des ménages.

Enfin, il est bon de rappeler que ne sont retenues à ce stade de l'enquête que les personnes protégées par les régimes général et rattachés (sont exclus notamment les travailleurs agricoles, les travailleurs indépendants).

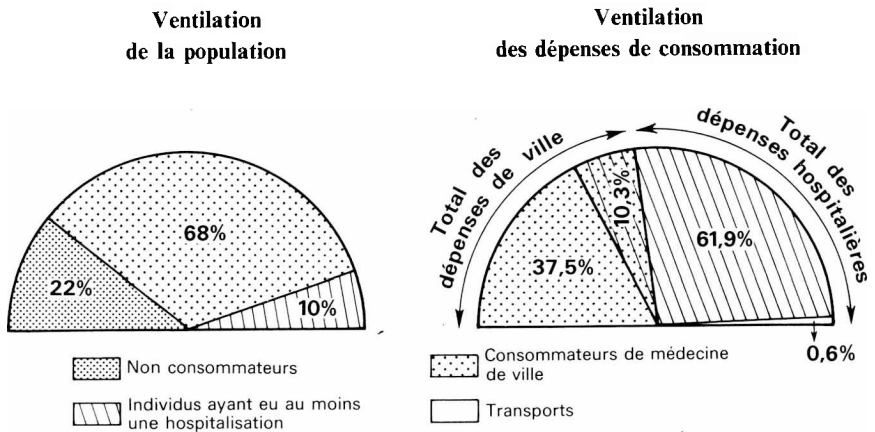
Ce bref rappel sur les méthodes utilisées, d'une part, par le C.R.E.D.O.C. pour l'enquête de 1970 et, d'autre part, par l'Association Lyonnaise d'Économie Médicale pour l'enquête de 1975, permet de comparer en partie les résultats obtenus, dans la limite des biais spécifiques qui viennent d'être soulignés.

III. — PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

1. LA STRUCTURE DES CONSOMMATIONS MÉDICALES

La consommation médicale totale par individu a été, au cours de l'année 1975, de 1 221 F, soit 631 F en dépenses hospitalières et 590 F pour les soins médicaux de ville.

GRAPHIQUE 1



Il apparaît cependant que cette moyenne ne traduit pas une répartition égale sur l'ensemble de la population.

En effet, on constate que :

- 22 % de la population n'ont jamais fait appel aux soins médicaux ;
- 68 % ont utilisé seulement les soins médicaux de ville. Ils n'ont eu donc aucun séjour hospitalier. Leur consommation moyenne par individu est de 675 F et la part de leurs dépenses au sein du montant total est de 37,5 % ;
- 10 % des individus ont eu au moins un séjour hospitalier. Pour la plupart, ils ont également fait appel aux soins médicaux de ville.

Pour chacun d'entre eux, la dépense moyenne est de 7 500 F, c'est-à-dire environ 6 fois ce que consomme le « Lyonnais » moyen. Par ailleurs, à eux seuls, ils ont consommé 62 % du montant total des soins médicaux de la population enquêtée.

1.1. Comment se répartit la dépense?

Consommation médicale de ville et consommation hospitalière se partagent sensiblement pour moitié le montant total de la dépense. En effet, l'ensemble des soins médicaux de ville représente 47,8 % de la valeur totale consommée, alors que les dépenses hospitalières représentent 51,6 %.

TABLEAU I
Répartition des consommations médicales 1975.
Enquête « lyonnaise » — Dépense Nationale de Santé

(en %)

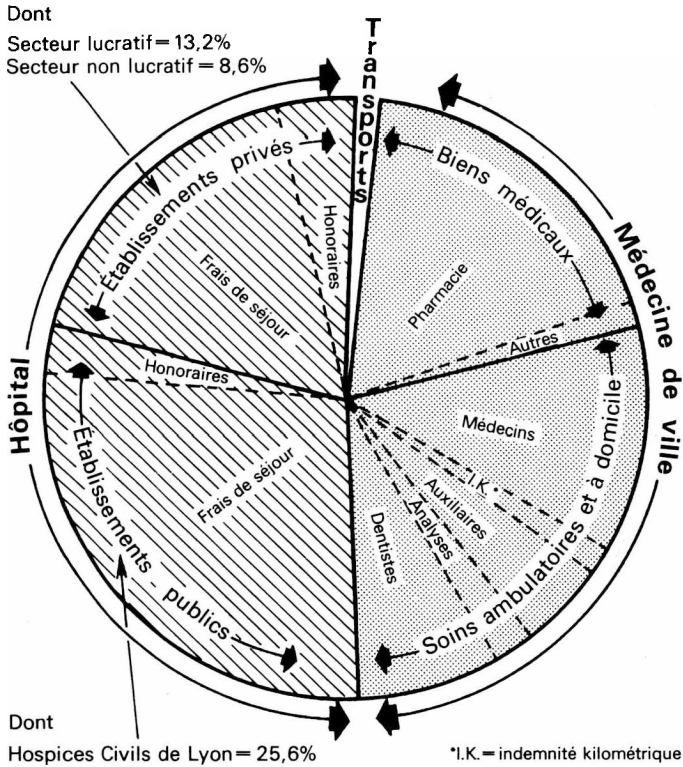
	Enquête «lyonnaise »	Dépense nationale de Santé ⁽¹⁾
<i>Hôpital</i>	51,6	44,3
— Établissements publics.....	29,8	28,3
dont { honoraires.....	2,7	—
frais de séjour.....	27,1	—
— Établissements privés.....	21,8	16,0
dont { honoraires.....	4,3	—
frais de séjour.....	17,5	—
<i>Médecine de ville</i>	47,8	55,0
— Soins ambulatoires.....	28,1	30,7
médecins.....	12,4	15,1
dentistes.....	7,2	9,0
dont { auxiliaires médicaux.....	4,6	3,2
analyses.....	2,5	2,5
indemnités de déplacement et autres compléments. cure et réadaptation.....	1,4	—
cure et réadaptation.....	—	0,9
— Biens médicaux.....	19,7	24,3
dont { pharmacie.....	18,2	—
autres biens.....	1,5	—
<i>Transport</i>	0,6	0,7
(1) Source C.R.E.D.O.C.		

La répartition plus détaillée des différents postes de consommation figure dans le tableau I et sur le graphique 2.

On constatera qu'exprimés en valeur, les honoraires médicaux hospitaliers ainsi que les frais de séjour n'ont pas le même poids dans le secteur public

GRAPHIQUE 2

Répartition des consommations médicales



(honoraires : 9 %, frais de séjour : 91 %) et dans le secteur privé (honoraires : 20 %, frais de séjour : 80 %).

Les modalités spécifiques de calcul des honoraires médicaux et des frais de séjour dans l'un et l'autre secteur d'hospitalisation éclairent, en partie, ces différences.

1.2. Des dépenses hospitalières plus élevées dans la région lyonnaise que sur la France

Le tableau I permet une comparaison des résultats de l'enquête « lyonnaise » par rapport aux données établies pour la France entière, telles qu'elles ressortent des Comptes Nationaux de la Santé, sur la consommation médicale des ménages de l'année 1975.

Pour les secteurs public et privé confondus, l'hospitalisation représente 51,6 % du total de la consommation médicale des individus de la région lyonnaise. Ce pourcentage est de 44,3 % pour la France entière.

L'écart observé traduit en partie la part relativement importante prise, semble-t-il, dans la région lyonnaise par les établissements hospitaliers du secteur privé (lucratif et non lucratif).

Le tableau II portant sur les seules dépenses hospitalières explicite ces caractéristiques. Dans l'enquête, les établissements publics réalisent 57,7 % des dépenses hospitalières totales, les établissements privés 42,3 %, alors que ces résultats connus sur le plan national témoignent de la répartition suivante : 64 % des dépenses hospitalières sont le fait du secteur public, 36 % celui du secteur privé.

TABLEAU II
Les dépenses hospitalières en 1975

(en %)

Établissements	Enquête « lyonnaise »	Comptes nationaux de la Santé ⁽¹⁾
Publics.....	57,7	64,0
Privés.....	42,3	36,0
TOTAL.....	100,0	100,0
(1) Source : C.R.E.D.O.C.		

Les soins médicaux de ville représentent 47,8 % de la consommation totale individuelle dans l'enquête. Le pourcentage est de 55 % pour la France entière.

Cependant, la comparaison des deux statistiques sur l'importance respective des dépenses de soins médicaux de ville et d'hospitalisation doit être faite avec prudence. Il convient de préciser que les biais spécifiques liés aux modalités de recueil des informations peuvent conduire à sous-estimer légèrement, par exemple, la part de la médecine de ville dans l'enquête lyonnaise. En effet, une partie de la dépense médicale de ville, qui n'a pas été déclarée par les individus à la Sécurité Sociale, échappe à ces statistiques.

On précisera néanmoins que le C.R.E.D.O.C. avait déjà souligné ⁽¹⁾ un certain nombre de caractéristiques propres à la région Rhône-Alpes, et parmi celles-ci, précisément, l'importance de l'hospitalisation et le faible niveau de la consommation médicale de ville.

Par ailleurs, le pourcentage des remboursements effectués par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lyon, au titre de l'hospitalisation, est plus élevé qu'il ne l'est sur la France ou par rapport à d'autres Caisses comme celles de Paris ou de Marseille ⁽²⁾.

(1) H. FAURE, S. SANDIER et F. TONNELIER, *Analyse régionale des relations entre l'offre et la consommation de soins médicaux*, C.R.E.D.O.C., ronéoté, octobre 1977.

(2) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Statistiques de l'année 1975, octobre 1976.

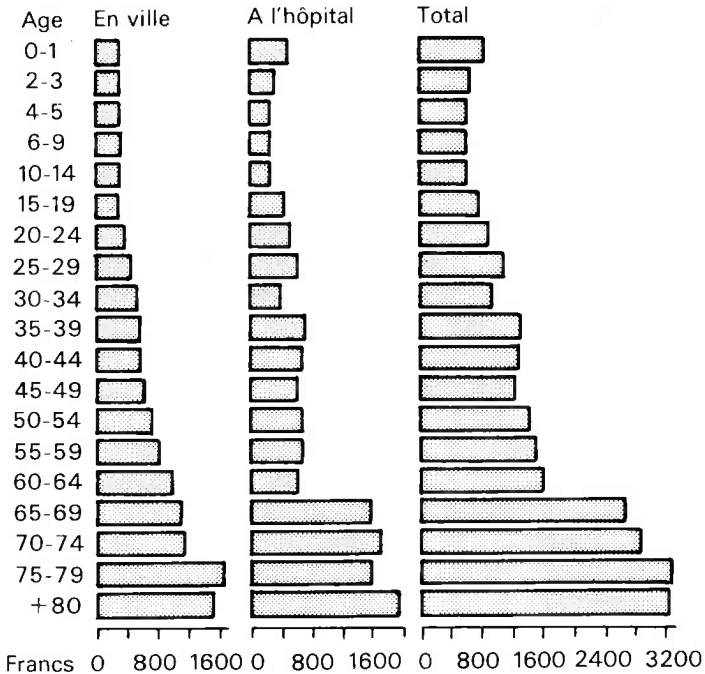
2. L'INFLUENCE DES FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

2.1. L'âge et la consommation médicale

On observe un accroissement de la consommation médicale totale en fonction de l'âge des individus (graphique 3). Élevée au cours de la première année de vie, elle connaît un minimum ensuite jusqu'à l'âge de 14 ans, puis un accroissement régulier et modéré jusqu'à 64 ans, et enfin, une nette accélération à partir de

GRAPHIQUE 3

Répartition des consommations médicales selon l'âge et par individu (en francs)



Source : Enquête Lyonnaise - 1975

65 ans. Ces caractéristiques s'observent également si on considère séparément les soins médicaux de ville et les soins hospitaliers, bien que des nuances s'affirment à ce niveau. Ainsi, les dépenses médicales de ville croissent plus régulièrement à partir de l'âge de 20 ans que les dépenses hospitalières.

L'étude par postes de soins médicaux de ville montre, par ailleurs, que les enfants consomment surtout des actes de médecins, les personnes âgées des soins d'auxiliaires médicaux et de la pharmacie, alors que les adultes consomment d'une manière plus équilibrée tous les types de soins.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus sur les soins médicaux de ville rejoignent ceux publiés par le C.R.E.D.O.C. (1). Dans l'enquête lyonnaise, la consommation médicale des jeunes enfants de moins de un an est cependant légèrement sous-estimée, car elle est parfois enregistrée à la Sécurité Sociale dans le dossier de la mère. Ceci expliquerait en partie le niveau de consommation plus faible que celui décrit dans les études du C.R.E.D.O.C.

On s'aperçoit que la *consommation hospitalière* accentue les particularismes déjà connus au niveau de la médecine de ville. En effet, dans l'ensemble (à l'exception des adolescents de 14 à 19 ans), les forts demandeurs de services hospitaliers ont une consommation médicale de ville relativement élevée.

C'est-à-dire que les deux systèmes de soins sont largement utilisés par les mêmes tranches d'âge de la population. Ils ne paraissent pas se substituer l'un à l'autre, mais semblent au contraire complémentaires.

Ce phénomène confirme l'impact dominant du facteur morbidité dans l'étude de la consommation médicale en fonction de l'âge.

2.2. Le sexe et la consommation médicale

La consommation des femmes est légèrement plus élevée en soins médicaux de ville et les hommes, par contre, font un peu plus appel aux soins hospitaliers. Cependant, les consommations médicales exprimées ne varient pas de façon significative en fonction du seul critère du sexe, ainsi qu'on peut le constater à l'observation du tableau III.

TABLEAU III

Consommation médicale par individu selon le sexe

(en francs)

	Ville	Hôpital	TOTAL
Femmes	660	621	1 281
Hommes	513	642	1 155
Les deux sexes	590	631	1 221
Source : Enquête lyonnaise, 1975.			

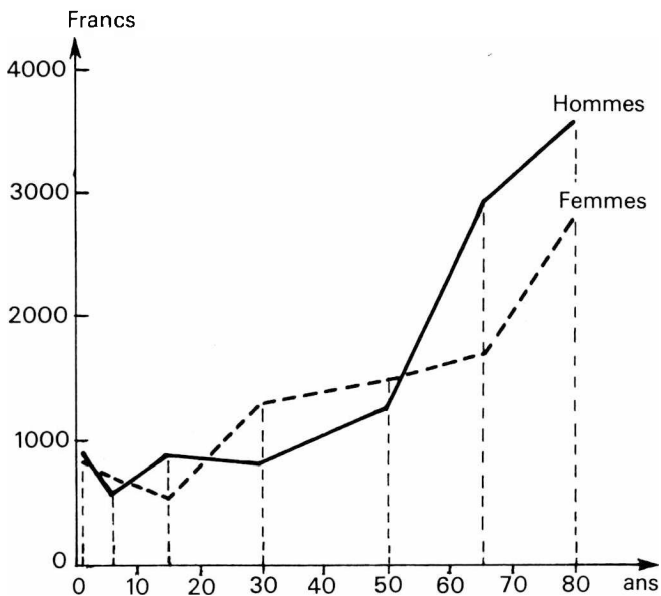
(1) Cf. notamment A. et A. MIZRAHI, *Influence des facteurs socio-économiques sur les soins médicaux de ville en 1970*, C.R.E.D.O.C., ronéoté, août 1974.

L'analyse s'affine et prend une autre dimension explicative, si on tient compte également de l'âge (graphique 4).

Jusqu'à 15 ans environ, les « filles » ont un niveau de consommation médicale totale inférieur, mais la consommation s'accroît pour les personnes du sexe féminin entre 15 et 45 ans environ. Les soins gynécologiques et obstétricaux expliquent en grande partie l'importance relative de leurs dépenses médicales à ces tranches d'âge.

GRAPHIQUE 4

Consommation médicale par individu selon l'âge et le sexe



A partir de 45 ans, cependant, les hommes consomment plus que les femmes. Une morbidité spécifique les conduit peut-être à utiliser largement le système hospitalier. Ce phénomène est souvent mis en relation avec le taux d'activité plus élevé de la population masculine ; ce dernier induit une plus grande fréquence des accidents du travail, des maladies professionnelles et des accidents de la circulation ⁽¹⁾.

(1) Cf. notamment P. FOULON, L'espérance de vie et ses limites. *Points d'Appui pour l'Économie Rhône-Alpes*, n° 6, décembre 1979.

En outre, les statistiques des causes de décès mettent en évidence qu'il existe une surmortalité masculine due à l'alcoolisme, aux cirrhoses du foie, à la tuberculose de l'appareil respiratoire (tabagisme) et à certains cancers.

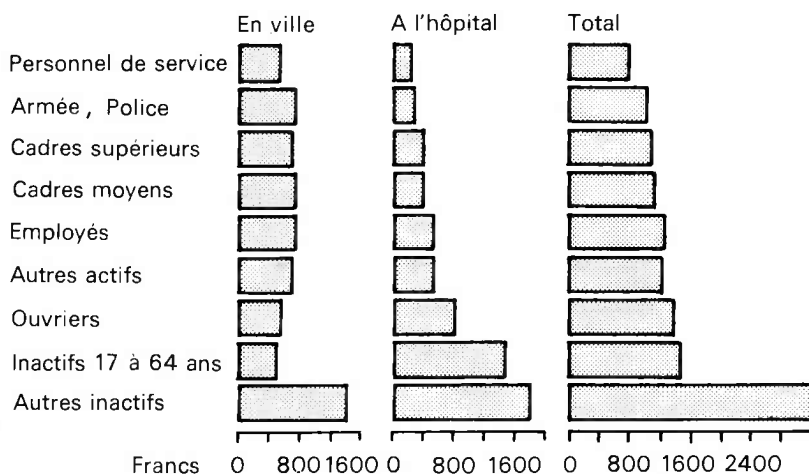
2.3. D'une catégorie sociale à l'autre

a) *Quelle est la consommation médicale totale?*

Les niveaux de consommation totale (ville + hôpital) varient relativement peu d'une catégorie socio-professionnelle à l'autre (graphique 5).

Seuls, les individus appartenant aux ménages inactifs se caractérisent par une très forte dépense de soins médicaux par rapport aux autres catégories. L'effet de l'âge est bien sûr déterminant dans l'analyse de ce comportement.

GRAPHIQUE 5



Source: Enquête Lyonnaise - 1975

b) *Quelle est la consommation médicale de ville ?*

La dépense de soins médicaux de ville est élevée pour les employés (592 F), les cadres moyens (575 F) et les cadres supérieurs (550 F). Elle est relativement plus faible pour les ouvriers (460 F) et pour la catégorie personnel de service.

L'étude par postes de soins détaillés montre, par ailleurs, que les cadres supérieurs consomment plus d'actes de chirurgie, de radiologie et de soins dentaires. Les cadres moyens et les employés recourent surtout aux

consultations, aux visites, aux actes d'auxiliaires médicaux et aux produits pharmaceutiques. Les ouvriers, par contre, utilisent assez peu toutes les catégories de soins médicaux de ville.

Ces résultats qui, dans l'ensemble, confirment ceux de l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C., diffèrent cependant sur un point. Dans l'enquête sur les soins médicaux de 1970, ce sont les cadres supérieurs qui ont le niveau de consommation médicale le plus élevé, alors qu'au niveau de l'enquête lyonnaise, employés et cadres moyens sont les plus forts consommateurs.

Les biais spécifiques attachés à chacune des deux enquêtes apportent des éléments d'explication à la divergence des résultats.

En effet, en ce qui concerne l'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C., les oublis ont pu toucher plus particulièrement les catégories socio-professionnelles défavorisées (phénomène culturel). A l'inverse, dans l'enquête lyonnaise, la consommation médicale des cadres supérieurs est légèrement sous-estimée, car ils sont sans doute plus nombreux que d'autres catégories sociales à ne pas demander le remboursement des soins (facteur économique). Ces faits qui se traduisent par une sous-estimation de la consommation médicale réelle, jouent en sens contraire dans l'une et l'autre enquête et peuvent être à l'origine des différences observées.

c) Comment se répartit la consommation médicale individuelle entre les soins médicaux de ville et l'hospitalisation ?

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des dépenses entre médecine de ville et hospitalisation, on constate que les cadres et les ouvriers consomment « autant », mais différemment.

Ainsi, la dépense moyenne d'un cadre supérieur de soins médicaux de ville est de 550 F, alors que le montant moyen de ses dépenses hospitalières est de 311 F. Il réalise ainsi les 2/3 de sa consommation médicale totale dans le cadre du système médical de ville.

Les ouvriers se caractérisent, relativement aux autres catégories sociales, par une structure de dépense médicale largement orientée vers l'hospitalisation (soit 642 F par individu à l'hôpital et 460 F en médecine de ville). Ils consomment ainsi à l'hôpital deux fois plus qu'un cadre supérieur ou qu'un cadre moyen.

Les employés ont à la fois une structure de soins orientée vers la médecine de ville et une dépense hospitalière supérieure à celle des cadres. Ainsi s'explique le niveau sensiblement élevé de leur consommation médicale totale.

Il apparaît ici que la prise en considération des dépenses réalisées dans le cadre d'une hospitalisation nivelle le niveau de consommation médicale selon les catégories socio-professionnelles.

L'hôpital semble jouer, pour les catégories sociales les plus défavorisées, un rôle évident de substitution par rapport aux soins médicaux de ville.

2.4. Latins et Maghrébins : une demande de soins médicaux tournée vers l'hôpital

Les Latins ⁽¹⁾ ont consommé 1 419 F par individu en 1975, les Français 1 218 F, les Maghrébins ⁽²⁾ 1 076 F et les ressortissants de la Communauté Économique Européenne ⁽³⁾ 1 006 F (tableau IV).

Cependant, alors que la population française et les ressortissants de la C.E.E. ont une consommation médicale à peu près équilibrée entre la médecine de ville et l'hospitalisation, les Latins et les Maghrébins se soignent surtout à l'hôpital.

Ainsi, les Maghrébins réalisent 73 % de leur consommation médicale dans le cadre hospitalier. Le comportement des Latins est sensiblement le même. Leur niveau élevé de consommation totale s'explique à la fois par une forte demande de soins hospitaliers et par une consommation médicale de ville proche de celle des Français.

TABLEAU IV

**Consommation médicale par individu
en fonction de la nationalité du chef de ménage**

	Effectifs	Ville (F)	Hôpital (F)	TOTAL (F)
Français	5 828	620	598	1 218
Latins	743	514	905	1 419
Maghrébins	349	304	772	1 076
C.E.E.	40	540	466	1 006
Autres.	119	434	196	630
TOTAL	7 079	590	631	1 221

Source : Enquête lyonnaise, 1975.

Par ailleurs, on constate que l'écart entre Français et Latins, à peu près inexistant en ce qui concerne les consultations, visites et actes de biologie, s'accroît pour les actes de chirurgie, de radiologie et pour les soins dentaires.

Les Maghrébins se détachent des autres catégories par une faible consommation de tous les postes de soins médicaux.

(1) Latins : Espagnols, Italiens, Portugais.

(2) Maghrébins : Algériens, Marocains, Tunisiens.

(3) C.E.E. : ressortissants de la Communauté Économique Européenne (excepté Italiens).

2.5. L'hôpital se substitue à la médecine de ville. Pourquoi ?

Des causes nombreuses, imbriquées les unes aux autres, doivent être retenues dans l'analyse des différences de consommation médicale, exprimée en fonction de critères socio-économiques.

Quelques points de réflexion sont évoqués ci-après à propos :

a) *des conditions de travail*

Les ouvriers et les manœuvres ont l'espérance de vie la plus faible de toutes les catégories sociales. Ils ont certainement aussi un plus fort besoin de traitements en milieu hospitalier, lié à la fréquence et à la gravité des maladies professionnelles et des accidents du travail.

b) *du « vécu » de la maladie*

La forte utilisation de la médecine de ville, par les catégories sociales les plus favorisées, témoigne en partie d'une utilisation précoce du système médical. Cette rapidité d'accès aux soins leur éviterait alors un large recours à l'hôpital.

Au contraire, portant à un niveau plus élevé le seuil de la résistance à la maladie, les catégories les plus défavorisées socialement seraient atteintes à un stade plus aigu, nécessitant une hospitalisation.

c) *du rôle social de l'hôpital*

La plupart du temps, le malade « client » est tout à fait ignorant de la thérapeutique la mieux adaptée à son état de santé : c'est le médecin qui, choisissant à sa place, est à l'origine de la décision d'hospitalisation.

On peut se demander, à cet égard, si le médecin ne choisit pas de préférence l'hospitalisation pour certaines personnes, en raison de conditions de vie particulièrement défavorables.

d) *les modalités de prise en charge sociale peuvent-elles influencer les comportements des consommateurs ?*

L'assurance maladie qui prend en charge la plus grande partie des dépenses de santé a pour vocation de permettre à chacun de se soigner en fonction de ses besoins. Les différentes catégories sociales ont-elles de ce fait un accès égalitaire aux soins médicaux ?

Deux freins au libre accès aux soins subsistent, aujourd'hui, au sein du système de santé français :

- d'une part, l'obligation de faire l'avance de la dépense : l'assuré est remboursé *a posteriori* seulement par la Sécurité Sociale;
- d'autre part, l'existence d'un ticket modérateur : un certain pourcentage du prix total de soins est assumé par l'intéressé.

Or, ces deux contraintes économiques, fortement ressenties par les ménages à faibles revenus, jouent beaucoup moins sur le système hospitalier que sur le système de soins médicaux de ville.

En effet, alors qu'en médecine de ville le malade paie directement au producteur le prix des soins, lors d'une hospitalisation par contre, c'est la Sécurité Sociale qui, dans la majorité des cas, paie aux établissements hospitaliers les frais de séjour et le plus souvent aussi les honoraires médicaux, à concurrence du pourcentage de prise en charge. La Sécurité Sociale intervient donc comme « tiers payant » entre le producteur (l'hôpital) et le consommateur (le malade). Ce principe est devenu une nécessité, dans la mesure où les ménages, à l'exception d'une petite minorité, ne seraient pas en mesure, aujourd'hui, de déboursier le prix élevé des soins hospitaliers, lié au développement des techniques médicales.

Par ailleurs, dans le cas d'une hospitalisation, il existe une double tendance à minimiser l'effet du ticket modérateur. Celle-ci résulte, d'une part, de la réglementation sociale en vigueur et, d'autre part, du rôle des mutuelles complémentaires.

Ainsi, lorsqu'un séjour hospitalier est lié à une intervention chirurgicale importante ou lorsque la durée du séjour dépasse 31 jours, le financement de la dépense par la Sécurité Sociale est fait à 100 % du montant total.

Enfin, la part du coût total des soins hospitaliers qui reste à la charge finale de l'assuré est relativement minime. En effet, des organismes mutualistes couvrent généralement, totalement ou partiellement, le montant de la dépense qui serait à la charge de l'assuré au titre du ticket modérateur. Les personnes les plus démunies peuvent, dans le cas d'une hospitalisation, faire appel à l'aide sociale pour une assistance financière complémentaire.

Il existe donc, pour les individus appartenant à des milieux socio-économiques défavorisés, une incitation en faveur du système hospitalier car, d'une part, ils n'ont pas à faire l'avance de la dépense et, d'autre part, celle-ci est plus largement prise en charge par la société.

CONCLUSION

Les premiers résultats obtenus à partir de l'exploitation des données recueillies sur 7 000 ménages protégés par la C.P.A.M. de Lyon sur l'année 1975, mettent en évidence une caractéristique qui apparaît également dans les statistiques annuelles de la Sécurité Sociale.

La région lyonnaise a une structure de consommation médicale marquée par la prédominance des dépenses d'hospitalisation, soit 51,6 % en 1975 à Lyon et 44,3 % dans la France entière.

L'étude de la consommation médicale, dite de ville, a permis de confirmer que les facteurs démographiques et socio-économiques comme l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle en influençaient fortement les niveaux et la structure. Ils jouent tout autant sur les consommations médicales exprimées en fonction du critère de la nationalité.

La prise en compte des dépenses hospitalières permet d'apprécier le rôle que joue l'hôpital par rapport à la médecine de ville. En effet, si les ouvriers ont une dépense moyenne hospitalière supérieure à celle des cadres, ils se caractérisent surtout par une structure de consommation médicale largement orientée vers le système hospitalier. Il en est de même de la population des Latins ou des Maghrébins.

Des causes multiples tenant à la morbidité, à l'environnement économique et social de l'individu, ainsi qu'aux modalités de la prise en charge de la maladie, apportent des éléments d'explication aux différents « comportements » en matière de consommation médicale.

Une étude effectuée dans le cadre de l'A.T.P. du C.N.R.S. par le Centre d'histoire économique et sociale ⁽¹⁾ de la région lyonnaise sur l'histoire économique des Hospices Civils de Lyon a permis également de mettre en lumière comment l'héritage des structures anciennes de la médecine lyonnaise pouvait rendre partiellement compte du particularisme lyonnais.

Des analyses complémentaires sont entreprises. Elles vont notamment dans le sens d'un approfondissement du rôle de l'offre de soins sur les consommations médicales.

ANNEXE

ARRONDISSEMENT DE LYON, 1975

Population selon le sexe

1. Dans l'Univers (I.N.S.E.E. — recensement-sondage au 1/5).
2. Dans l'Enquête.

	1. Univers	%	2. Enquête	%
Masculin	598 055	48,5	4 764	48,7
Féminin	635 985	51,5	5 011	51,3

(1) M. GARDEN, *Histoire économique d'une grande entreprise de santé publique : Hospices Civils de Lyon (1800-1976)*, Presses Universitaires de Lyon, Centre P. Léon.

Population par tranche d'âge

1. Dans l'Univers (I.N.S.E.E. — recensement-sondage au 1/5).
2. Dans l'Enquête.

Age	1. Univers		2. Enquête	
	Nombre d'individus	%	Nombre d'individus	%
0 à 4 ans	86 665	7,0	660	6,7
5 à 9 ans	104 415	8,5	860	8,8
10 à 19 ans	197 480	16,0	1 628	16,7
20 à 29 ans	212 290	17,3	1 641	16,8
30 à 39 ans	161 860	13,1	1 277	13,0
40 à 49 ans	161 985	13,1	1 288	13,2
50 à 59 ans	119 020	9,6	945	9,7
60 à 69 ans	98 335	8,0	755	7,7
70 ans et plus	91 990	7,4	721	7,4
TOTAL	1 234 040	100,0	9 775	100,0
0 à 19 ans	388 560	31,5	3 148	32,2
20 à 64 ans	705 575	57,2	5 522	56,5
65 ans et plus	139 905	11,3	1 105	11,3

Nombre de ménages classés d'après la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

1. Dans l'Univers (I.N.S.E.E. — recensement-sondage au 1/5).
2. Dans l'Enquête.

C.S.P. du chef de ménage	1. Univers		2. Enquête	
	Nombre de ménages	%	Nombre de ménages	%
0. Agriculteurs exploitants	5 525	1,7	31	1,2
1. Salariés agricoles	1 020	0,3	16	0,6
2. Patrons de l'industrie et du commerce	28 290	8,6	226	8,9
3. Professions libérales, Cadres supérieurs	37 945	11,6	297	11,6
4. Cadres moyens	51 090	15,5	392	15,3
5. Employés	49 150	15,0	363	14,2
6. Ouvriers	135 185	41,3	1 092	42,7
7. Personnels de service	12 670	3,9	78	3,1
8. Autres catégories d'actifs	6 740	2,1	61	2,4
TOTAL	327 615	100,0	2 556	100,0
9. Personnes non actives	113 275		881	

Ménages classés selon le nombre de personnes

1. Dans l'Univers (I.N.S.E.E. — recensement-sondage au 1/5).
2. Dans l'Enquête.

Nombre de personnes par ménage	1. Univers		2. Enquête	
	Nombre	%	Nombre	%
1 personne.	106 410	24,1	800	23,3
2 personnes.	119 405	27,1	902	26,2
3 personnes.	85 365	19,4	691	20,1
4 personnes.	69 445	15,8	551	16,0
5 personnes.	33 535	7,6	270	7,9
6 personnes ou plus.	26 730	6,1	223	6,5
TOTAL.	440 890	100,0	3 437	100,0