

médecine/sciences 1994 ; 10 : 716-8

Les disparités de recours aux soins

Les inégalités régionales devant la mort, décrites dans le précédent numéro de *médecine/sciences*, sont en partie dues aux disparités de recours aux soins [1]. Une étude des disparités sociales dans ce domaine a été menée à l'INSEE par P. Mormiche, à partir de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux, réalisée du 1^{er} avril 1991 au 31 mars 1992 [2]. La définition du milieu social utilisée est la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage, les anciens actifs étant reclassés dans leur ancienne profession. Pour mettre en évidence les écarts entre catégories sociales, on a éliminé l'effet de l'âge et du sexe qui constituent, pour la morbidité comme pour les recours aux soins, les deux facteurs principaux de disparité [1].

Disparités de recours aux soins entre milieux sociaux

Les écarts quantitatifs de visites médicales sont faibles entre les grands groupes sociaux, en données corrigées du sexe et de l'âge. La différence entre les groupes extrêmes est d'un peu plus de 20 %, et dépasse à peine 10 % chez les salariés (*figure 1A*). Les plus consommateurs sont les employés, les membres des professions intermédiaires et les cadres, suivis des ménages paysans et ouvriers, les moins consommateurs étant les artisans et les commerçants. La hiérarchie sociale habituelle (qui irait des catégories aisées aux catégories populaires) n'est pas respectée : les indépendants non agricoles sont habituellement proches des

employés ou des professions intermédiaires, la consommation des cadres est à peine supérieure à la moyenne, nettement inférieure à celle des autres « cols blancs ». Cette hiérarchie particulière était déjà constatée lors de l'enquête précédente (1980) et s'est accentuée depuis.

Les écarts selon le revenu du ménage présentent une disposition très semblable, avec une augmentation limitée entre les individus appartenant aux ménages pauvres et ceux qui sont plus aisés. Il faut noter cependant que les ménages aux revenus extrêmement faibles (inférieurs à 2 700 francs par mois) ont un recours aux soins inférieur de 20 % à la moyenne. Chez les ménages aux revenus les plus élevés, on observe une consommation proche de la moyenne (*figure 1B*) ; comme chez les cadres, lorsque les revenus sont élevés, la consommation diminue par rapport à celle observée dans les ménages aux revenus plus modestes.

Disparités de nature et de coût des soins

Si les différences de recours au médecin sont faibles sur le plan quantitatif, en revanche, les écarts de comportement liés à la catégorie des praticiens auxquels s'adressent les malades sont beaucoup plus importants et retrouvent la hiérarchie sociale habituelle. Ainsi, 25 % des visites médicales des ouvriers vont à des spécialistes, contre plus de 45 % pour les cadres (*figure 2A*). Le poids des honoraires libres ou élevés dans l'ensemble des recours

est très inégal selon les milieux : inférieur à 15 % chez les ouvriers et les agriculteurs, il s'élève jusqu'à 33 % dans les ménages de cadres (*figure 2B*). La différence portant sur les tarifs est matérialisée, notamment, par le « secteur » d'exercice du praticien. Depuis 1980, en effet, la réglementation contractuelle de l'Assurance-maladie a ouvert aux médecins conventionnés la possibilité de pratiquer des honoraires « libres » (secteur 2). Les consultations à tarif autre que celui servant de base aux remboursements des caisses se sont alors rapidement développées : leur proportion avait légèrement dépassé 20 % en 1991. Les spécialistes ont plus fréquemment que les généralistes demandé et obtenu le passage en secteur 2. La disparité sociale du coût des soins tient, en partie, à la plus grande attente des cadres pour les spécialistes, mais on observe aussi une conduite spécifique, comme le montre le fait que la part des consultations « à honoraires libres », à l'intérieur même des consultations de spécialistes ou de généralistes, est socialement hiérarchisée.

L'effet de l'exonération du ticket modérateur

En 1991, près de 10 % des individus étaient exonérés du ticket modérateur (c'est-à-dire couverts à 100 % par la Sécurité sociale pour les soins relatifs à leur affection principale). Cette proportion est nettement plus faible dans les catégories supérieures (environ 5 % chez les cadres, les professions libérales et intermédiaires) que chez les agriculteurs, les

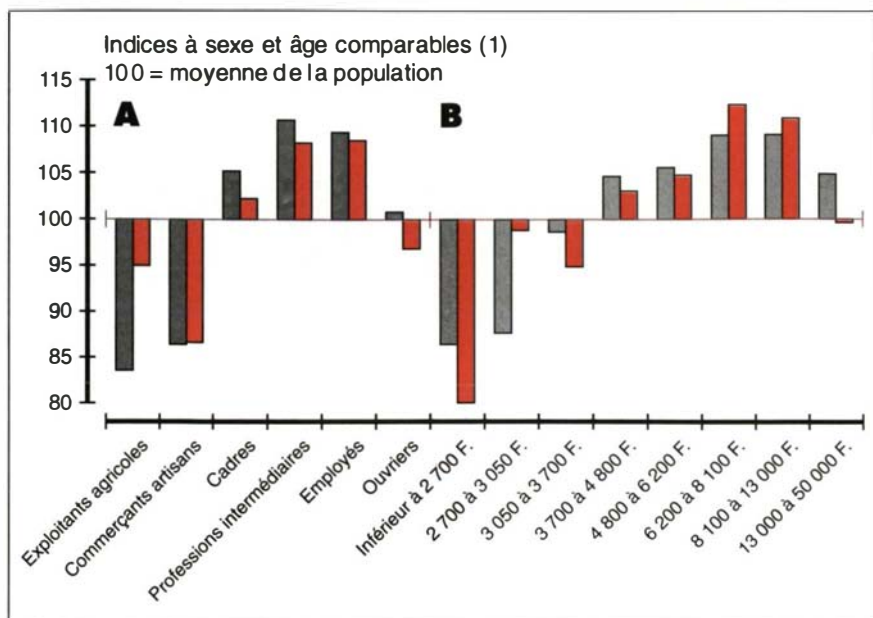


Figure 1. **Recours à la visite médicale (A) selon le milieu social, (B) selon la tranche de revenus mensuels.** L'indice utilisé est le rapport de la consommation observée d'une catégorie à la consommation moyenne, à sexe et âge comparables. Les colonnes grises représentent les valeurs observées en 1980, les colonnes rouges les valeurs observées en 1991. Sources : Enquêtes décennales Santé 1980 et 1991.

ouvriers et les employés (11 % à 13 %). Il faut noter que le nombre de recours aux médecins des salariés décroît fortement lorsque l'on descend l'échelle sociale et que celui des indépendants est plus proche de celui des employés. A état de santé comparable, ou tout au moins lorsqu'ils sont atteints d'une affection coûteuse et durable, motivant l'exonération du ticket modérateur, les milieux aisés consomment plus de soins de ville que les personnes exonérées des milieux modestes.

Hospitalisations : une hiérarchie différente

Les disparités en matière d'hospitalisation sont à la fois plus importantes que celles de soins de ville et classées dans un ordre différent (figure 3). Toujours à sexe et âge comparables, les fréquences d'hospitalisation des salariés suivent la hiérarchie sociale, minimales pour les ménages de cadres avec un indice de 73 %, et maximales pour les ouvriers (115 %). Les indépendants, agricoles ou non, se situent à des niveaux très proches, entre les cadres et les professions intermédiaires. Le système hospitalier constitue le filet protecteur auquel pratiquement aucun malade grave n'échappe, quelles que soient sa situation financière, sa réticence aux soins ou son insouciance. Cependant, s'il est assez clair que les taux d'hospitalisation reflètent des écarts réels de morbidité entre milieux sociaux, il est tout à fait possible qu'ils soient aussi le résultat de comportements différents : dans certaines circonstances où l'hospitalisation est de règle, des stratégies d'évitement sont possibles, qui seraient le fait des catégories les plus aisées.

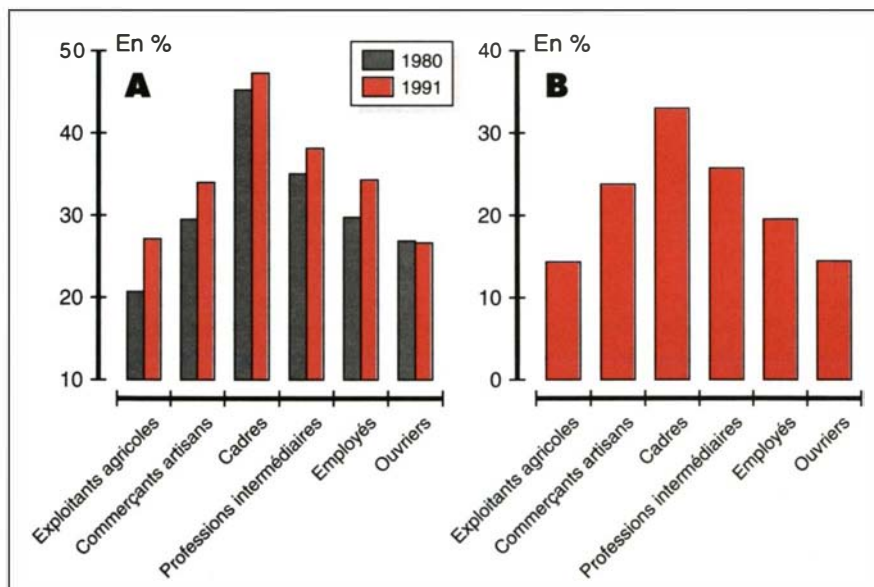


Figure 2. **Part du recours aux spécialistes (A), et aux médecins à honoraires libres ou spéciaux (B), dans les visites ou consultations médicales, selon le milieu social.** Colonnes grises : 1980 ; colonnes rouges : 1991. En 1980, la possibilité de pratiquer des honoraires libres n'était pas ouverte aux médecins conventionnés. L'allure générale des deux séries de résultats est identique. Sources : Enquêtes décennales Santé 1980 et 1991.

Les personnes mal assurées pour le risque maladie : surtout des ouvriers et des chômeurs

Avec une proportion à peine supérieure à 13 % du total de la population, les individus ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire à celle de la Sécurité sociale font figure, en 1991, de minorité.

Près d'une personne sur deux sans couverture complémentaire vit dans un ménage ouvrier. La proportion des individus vivant dans un ménage dont le chef est au chômage est aussi relativement importante (16 %) en regard de leur poids dans la population totale. Toutefois, la majorité des personnes mal couvertes (60 %) font partie de ménages dont la personne de référence est active et a un emploi, et 24 % appartiennent à un ménage d'inactifs (retraités ou étudiants). Cette double sur-représentation (milieu ouvrier, chômeurs) se retrouve lorsqu'on examine la composition de la plus faible tranche de revenus par unité de consommation. Enfin, une personne sur dix est isolée. Près de la moitié (44 %) appartient à un ménage formé d'un couple et d'au moins un enfant, et un cinquième à un ménage « particulier », famille à un seul parent, ou ménage polynucléaire.

Moins de soins pour les chômeurs et ceux qui ne disposent que de l'Assurance-maladie

Les écarts de consommation médicale entre milieux sociaux sont relativement modestes comparés à ceux qui existent au sein de chacun d'eux. Le chômage et l'absence de couverture complémentaire de l'assurance-maladie viennent sans doute au premier rang des critères susceptibles d'influer sur le volume des soins. Les ménages répondant à l'une au moins de ces deux caractéristiques représentent 17 % du total des individus (de tous âges, retraités inclus), et leur consommation médicale est très inférieure à la moyenne : dans tous les milieux, à l'exception des professions intermédiaires, l'écart par rapport à la moyenne est compris entre un quart et un tiers. Parmi les salariés, le nombre de consultations de médecins est inférieur de 15 % à 20 % à la consommation moyenne, sauf pour les cadres, dont l'indice est plus élevé chez les ménages chômeurs que chez les autres ménages de cadres. Cette apparente aberration

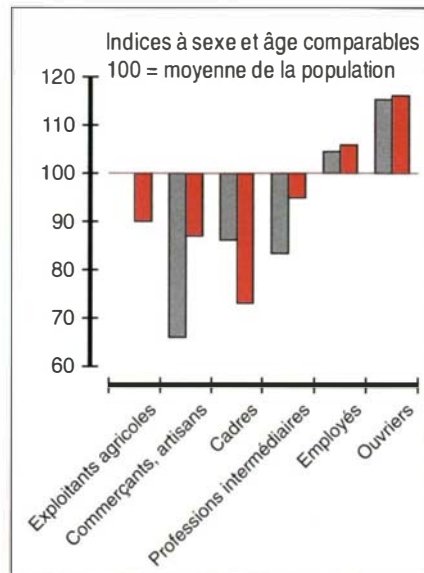


Figure 3. **Sorties d'hospitalisation selon le milieu social.** Colonnes grises : 1980 ; colonnes rouges : 1991. Les différences entre les taux d'hospitalisation dans les différents groupes sociaux reflètent des écarts réels de morbidité, mais aussi des stratégies d'évitement dans les catégories les plus aisées. Sources : Enquêtes décennales Santé 1980 et 1991.

tion semble liée à un état de santé particulièrement mauvais, comme l'indique la fréquence élevée des hospitalisations dans les ménages de cadres au chômage [3]. Pour les 13 % d'individus vivant dans un ménage dont la personne de référence ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire ni de l'exonération du ticket modérateur, la baisse de soins est encore plus nette : l'indice de soins de médecins se situe entre 60 % et 70 % de la moyenne dans tous les milieux sauf les cadres, où il est de 50 % et les professions intermédiaires, où il monte à 90 % (figure 4).

Conclusion

Entre 1980 et 1991, les disparités sociales de recours aux soins se sont réduites. Les indépendants, et sur-

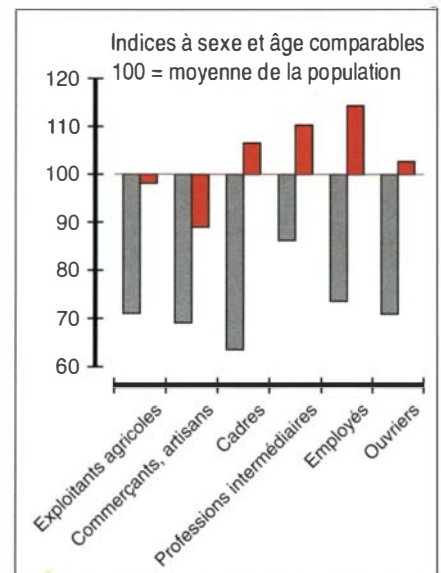


Figure 4. **Nombre des visites médicales annuelles selon le milieu social et la couverture complémentaire du chef de famille, en 1991.** Les colonnes rouges représentent les indices de consommation de visites médicales par les personnes sans couverture complémentaire, les colonnes grises les indices moyens des autres ménages. Sources : Enquêtes décennales Santé 1980 et 1991.

tout les agriculteurs, se sont rapprochés du comportement moyen, et les écarts entre les catégories de salariés ont diminué. En revanche, en termes de sommes déboursées par patient, les écarts entre milieux sociaux se sont accrus. La création d'un secteur conventionné de médecins à honoraires libres pendant les années 1980 est une des explications de ce phénomène ■

1. Bursaux E. Disparités de la mortalité en France. *médecine/sciences* 1994 ; 10 : 583-6.
2. Mormiche P. Les disparités de recours aux soins en 1991. *Économie et Statistique* 1993 ; 265 : 45-52.
3. Charraud A, Mormiche P. Disparités de la consommation médicale, enquête Santé 1980-1981. *Les Collections de l'INSEE* n° M118, janvier 1986.