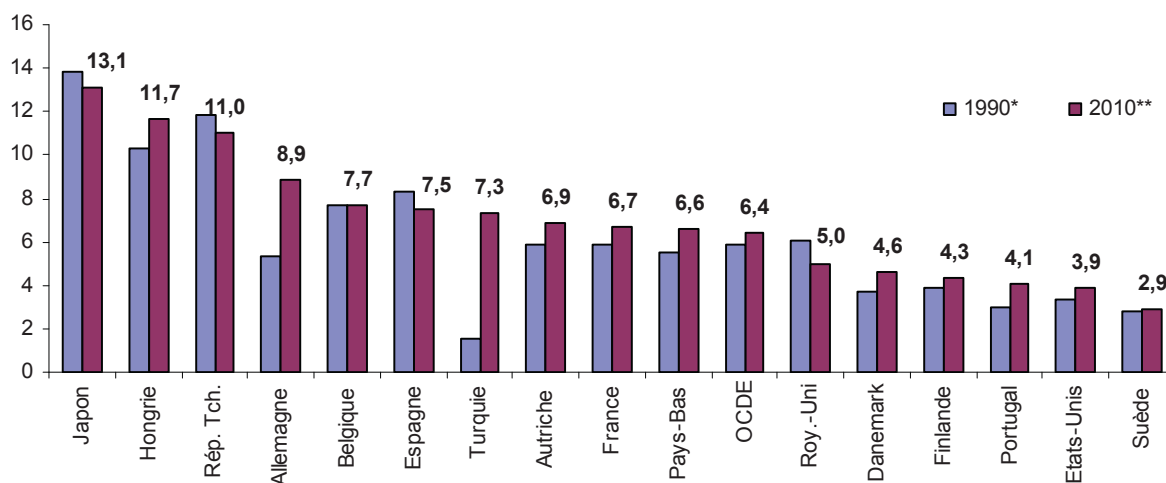


Indicateur n°9 : Nombre de consultations de professionnels de santé par habitant

Sous-indicateur n°9-1 : nombre de consultations de médecins par habitant (omnipraticiens et spécialistes, y compris consultations externes et visites) - perspective internationale

Le nombre moyen de consultations médicales par habitant est un indicateur qui permet d'apprécier les conditions de recours aux soins en France par rapport aux autres pays. Les consultations retenues dans les comparaisons internationales de l'OCDE sont réalisées par les médecins en cabinet, dans le cadre de visites au domicile des patients ou dans les services de consultations externes des hôpitaux et des cliniques.

Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 1990-2010



Source : Eco-Santé OCDE 2012, juin 2012.

*sauf Allemagne (1991) ; Espagne, Turquie (1993), Hongrie (1994), Etats-Unis (1995).

**sauf Etats-Unis (2008) et Belgique, Espagne, Royaume-Uni, Japon (2009).

Les disparités du nombre de consultations entre pays sont importantes et dépendent, outre des différences d'état de santé de la population et de facteurs culturels, de différences structurelles liées à l'organisation du système de soins, notamment en matière d'accès aux soins ou de répartition médecine de ville - hôpital. Le taux de consultations est également déterminé par les modes de rémunération des médecins ou encore la densité médicale. Ainsi, les pays dans lesquels le paiement à l'acte domine ont tendance à enregistrer un plus grand nombre de consultations (France, Belgique, Allemagne), alors que ceux dans lesquels l'exercice de la médecine est plus fréquemment salarié ou assorti d'une rémunération à la capitation (forfait par patient) semblent en avoir moins (Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède). Ceci ne se vérifie toutefois pas pour tous les pays. En Espagne, la rémunération des médecins se fait principalement à la capitation et ce pays enregistre pourtant en moyenne 7,5 consultations par habitant.

Selon les données de l'OCDE, le nombre moyen de consultations par habitant a augmenté dans la majorité des pays entre 1990 et 2010, sauf au Japon, en République tchèque, en Espagne et au Royaume-Uni où il a diminué ; il est par ailleurs resté stable en Suède et en Belgique. La moyenne des pays de l'OCDE est de 6,4 consultations par habitant en 2010. La France se situe en position médiane avec 6,7 consultations par habitant en 2010. On retrouve le Japon en tête des pays où les taux de consultation sont les plus élevés, avec en moyenne 13,1 consultations par habitant. Les médecins japonais prescrivent mais aussi distribuent les médicaments, ce qui explique ce nombre plus élevé de consultations. A l'opposé, les Etats-Unis enregistrent l'un des taux les plus faibles avec 3,9 consultations par habitant. Ce phénomène est sans doute à rapprocher du fait que l'OCDE mesure le nombre de consultations aux Etats-Unis à partir de données d'enquêtes et non de sources

administratives. Or, pour l'année 2000, où l'on dispose d'éléments de comparaison entre ces deux sources, le nombre moyen de consultations variait aux Etats-Unis de 3,7 à 8,9 entre données d'enquêtes et informations administratives. Seule la Suède a un niveau moyen de consultations par habitant plus faible que les Etats-Unis (2,9). La faiblesse du taux de consultations en Suède est une des conséquences du rôle joué par les infirmiers qui assurent les premières consultations au sein des centres de santé pluridisciplinaires. Il est à noter que la Turquie enregistre le plus fort accroissement du nombre de consultations sur la période 1993 - 2010 (17 % de croissance annuelle moyenne), en raison d'une amélioration de l'accès aux soins grâce notamment à l'augmentation de la densité de médecins sur la période.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n°9, 1^{er} sous-indicateur :

Dans les données Eco Santé de l'OCDE, le nombre de consultations médicales par assuré est défini comme le rapport entre le nombre de contacts avec un médecin (généraliste ou spécialiste) et la population totale. Le nombre de consultations comprend : les visites au cabinet du médecin, les visites faites par des médecins dans des cadres institutionnels (hôpitaux ou cliniques) et les visites à domicile. Les consultations par téléphone en sont en principe exclues, même s'il demeure plusieurs pays où elles sont comprises (par exemple l'Espagne, la République Tchèque et le Royaume-Uni)

Des disparités existent également entre pays dans la couverture des différents types de consultations, notamment la prise en compte des consultations dans les services de consultations externes des hôpitaux. Les données des Pays-Bas excluent les consultations pour soins maternels et infantiles. Celles du Portugal et de la Turquie excluent les visites aux médecins libéraux, tandis que celles du Royaume-Uni ne prennent pas en compte les consultations de spécialistes en dehors des consultations externes des hôpitaux. En Allemagne, les consultations de médecins ne représentent que le nombre de cas de traitements médicaux selon les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie (un traitement ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte plus souvent un médecin). Le nombre de consultations par assuré est donc un indicateur à prendre avec précaution, les écarts observés étant difficiles à interpréter.

Les données sur les consultations proviennent principalement de sources administratives (issues des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie, comme le GKV en Allemagne, l'INAMI en Belgique, la CNAM en France), bien que dans certains pays, elles proviennent d'enquêtes de santé avec entretien (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Les estimations provenant d'enquêtes auprès des ménages sont en général plus faibles en raison du biais de mémorisation et du taux de non réponse. Les données pour la France ont connu des révisions à la hausse qui se sont traduites par deux ruptures de série en 2000 et en 2001 : la première est liée à l'inclusion des départements d'outre-mer en 2000 ; la seconde tient à la comptabilisation des consultations hospitalières à partir de 2001.

Enfin, un indicateur qui se fonde sur le nombre de consultations donne une mesure assez fruste du volume des services médicaux fournis dans la mesure où il ne prend pas en compte leur complexité. La durée et l'efficacité de la consultation peuvent varier et certains actes (tâches administratives, suivi des patients chroniques) ne sont pas pris en compte dans cet indicateur.

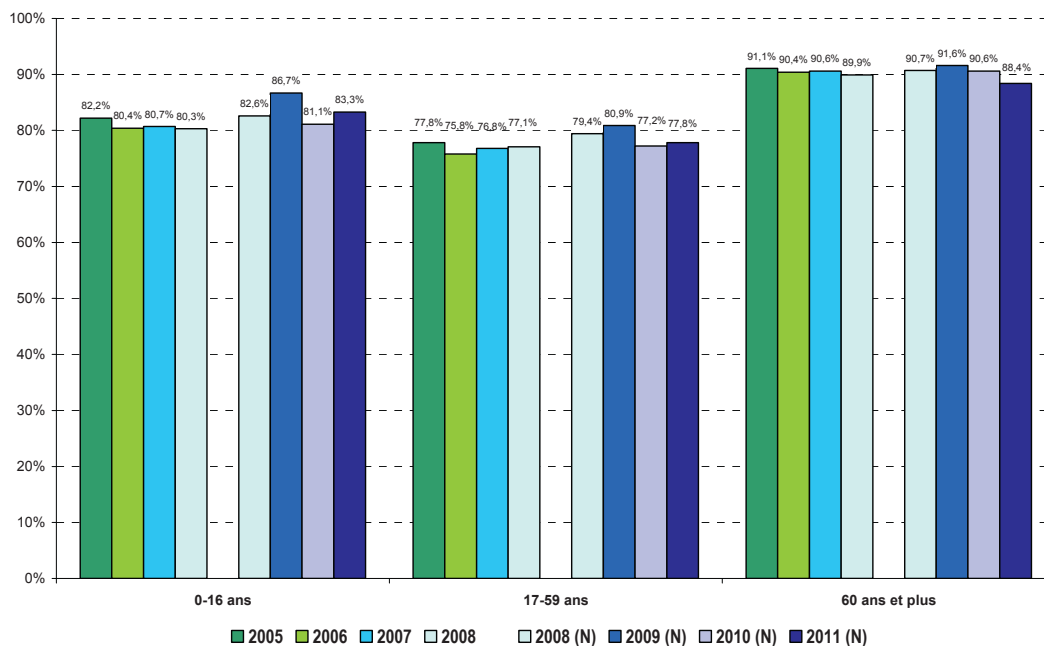
Pour plus de détails, se reporter à la publication de l'OCDE, Panorama de la santé.

Sous-indicateur n°9-2 : taux de recours annuel aux soins par catégorie de professionnels (omnipraticiens, spécialistes, auxiliaires médicaux)

Le taux de recours aux professionnels de santé est relativement stable depuis 2005, quelle que soit la profession considérée. On observe toutefois en 2011 une légère diminution pour les populations les plus âgées, pour toutes les professionnels de santé, en particulier pour les omnipraticiens (-2,2 points) et les spécialistes (-1,5 point). Elle confirme la baisse observée en 2010, alors que pour les autres catégories d'âge, en particulier pour les plus jeunes, le taux de recours s'améliore, augmentant notamment de 2,2 points pour les omnipraticiens et de 1,6 point pour les spécialistes entre 2010 et 2011.

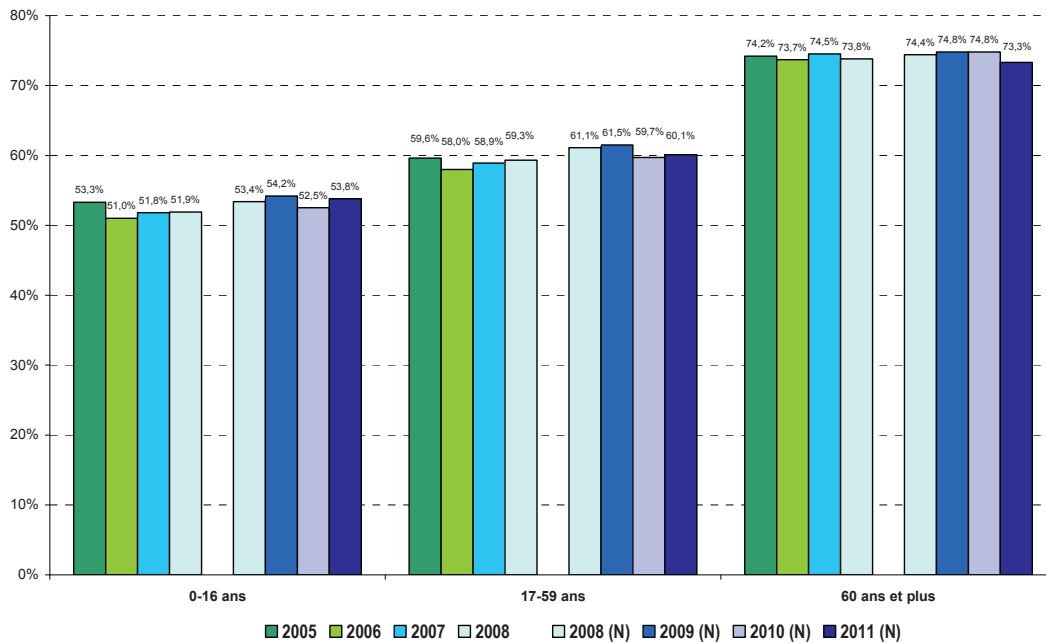
Les taux de recours s'élèvent à des niveaux comparables à ceux de 2008, un retour « à la normale » après une hausse atypique observée en 2009. Le recours plus fréquent aux généralistes en 2009, qui s'observait dans toutes les tranches d'âges mais était particulièrement marqué chez les moins de 16 ans (+ 4 points), s'expliquait par l'épidémie grippale (H1N1) de fin d'année qui a généré de nombreuses consultations. L'augmentation du taux de recours aux soins infirmiers, dans la population des plus de 60 ans, qui était observée les années précédentes (progression d'environ 10 % du taux de recours entre 2005 et 2009), s'est stabilisée au niveau de 2008. Toutefois, d'une façon générale, après 60 ans, 90 % des personnes consultent au moins une fois dans l'année un omnipraticien, les trois-quarts un médecin spécialiste et près de la moitié a recours aux soins infirmiers et un peu plus de 20 % a recours aux soins de masso-kinésithérapie.

Taux de recours aux omnipraticiens de 2005 à 2011



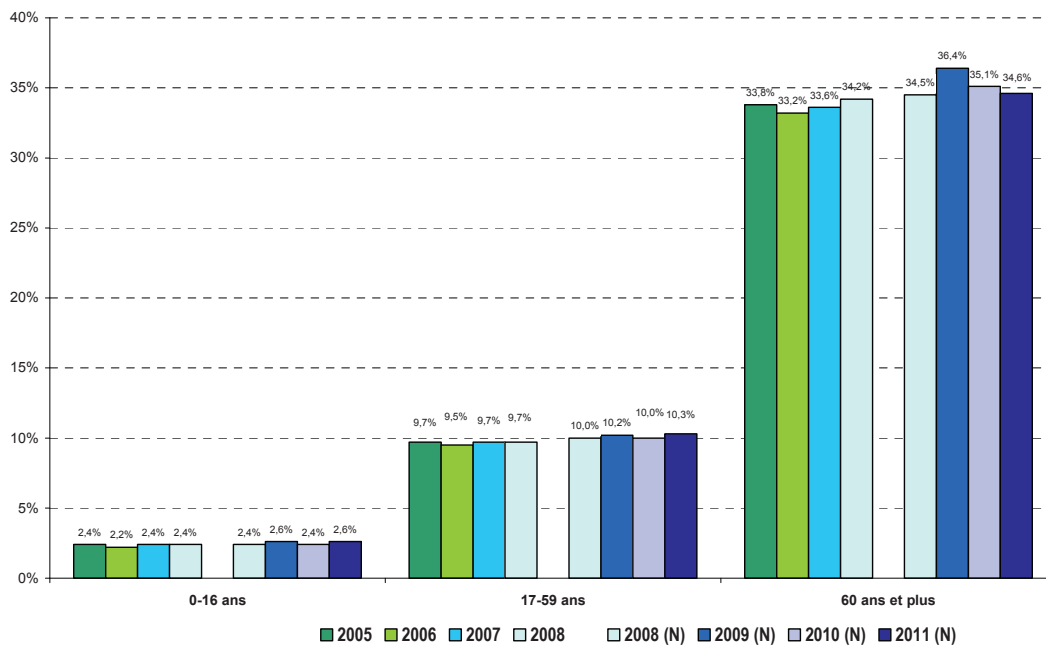
Source : SNIIRAM (EPIB), CNAMTS. Champ : régime général hors sections locales mutualistes.
(N) : en 2009, les effectifs par classe d'âge, de la population protégée ont été calculés à partir d'un nouvel algorithme plus fiable que celui utilisé précédemment. Les résultats portant sur 2008 ont également été recalculés à des fins de comparaison.

Taux de recours aux médecins spécialistes de 2005 à 2011



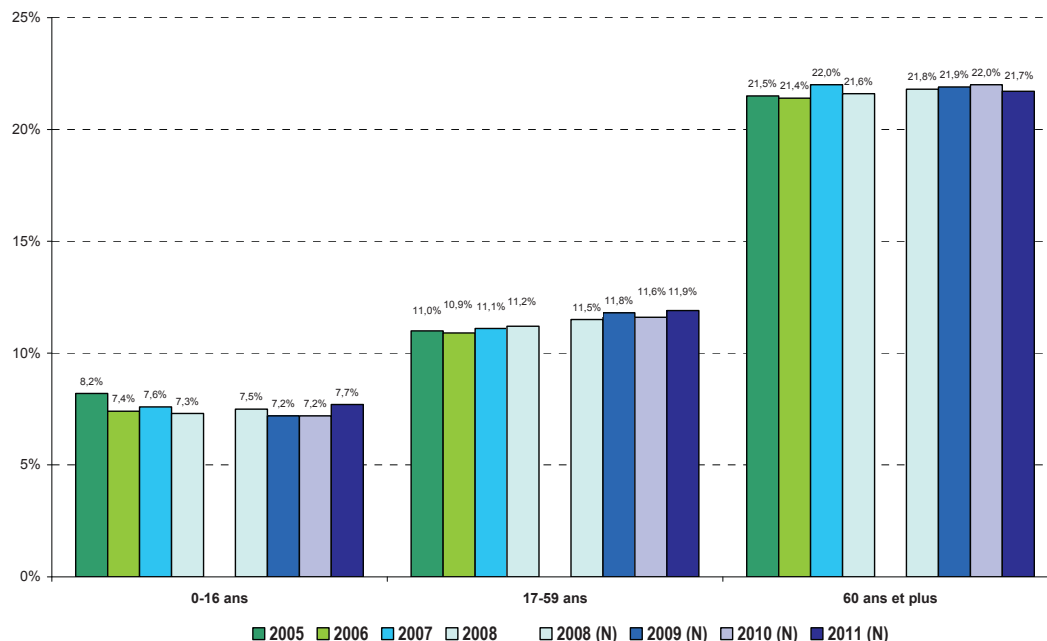
Source : SNIIRAM (EPIB), CNAMTS. Champ : régime général hors sections locales mutualistes.
 (N) : en 2009, les effectifs par classe d'âge, de la population protégée ont été calculés à partir d'un nouvel algorithme plus fiable que celui utilisé précédemment. Les résultats portant sur 2008 ont également été recalculés à des fins de comparaison.

Taux de recours aux soins infirmiers de 2005 à 2011



Source : SNIIRAM (EPIB), CNAMTS. Champ : régime général hors sections locales mutualistes.
 (N) : en 2009, les effectifs par classe d'âge, de la population protégée ont été calculés à partir d'un nouvel algorithme plus fiable que celui utilisé précédemment. Les résultats portant sur 2008 ont également été recalculés à des fins de comparaison.

Taux de recours aux soins de masso-kinésithérapie de 2005 à 2011



Source : SNIIRAM (EPIB), CNAMTS. Champ : régime général hors sections locales mutualistes.
(N) : en 2009, les effectifs par classe d'âge, de la population protégée ont été calculés à partir d'un nouvel algorithme plus fiable que celui utilisé précédemment. Les résultats portant sur 2008 ont également été recalculés à des fins de comparaison.

Précisions méthodologiques sur le 2^{ème} sous-indicateur n°9 :

Le taux de recours annuel aux soins est défini comme le taux de personnes qui, parmi la population retenue, ont bénéficié, au moins une fois dans l'année, d'un acte réalisé par un professionnel de santé relevant de la catégorie considérée.

Les quatre catégories de professionnels de santé retenues sont : les omnipraticiens (incluant les médecins à exercice particulier), les spécialistes (toutes spécialités médicales et chirurgicales, sans exclusive ni distinction), les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmier(e)s et, parmi ceux-ci, uniquement les professionnels libéraux.

Le champ retenu pour les actes est celui des actes remboursés relevant des risques maladie et maternité. Les actes relevant du risque « accident du travail ou maladie professionnelle » ne participent pas à la construction de l'indicateur. L'indicateur ne prend pas non plus en compte les consultations ou actes exclus du remboursement (notamment les soins à visée esthétique,...), les consultations externes des hôpitaux publics, les actes techniques réalisés dans les hôpitaux publics et les consultations ou actes effectués à titre gratuit.

La population retenue est la population protégée par le régime général stricto sensu, c'est-à-dire à l'exclusion de la population relevant des sections locales mutualistes (SLM) : MGEN, Fonction publique, MGPTT, mutuelles étudiantes. Elle couvre la France entière (DOM inclus).

Les dénombrements de personnes ayant eu recours aux soins étudiés sont calculés sur l'échantillon permanent de bénéficiaires (EPIB). L'EPIB est un échantillon au 1/100^e des bénéficiaires (assurés ou ayants droit) couverts par le régime général stricto sensu, France entière (DOM inclus). Il permet de relier des caractéristiques administratives et socio-démographiques des bénéficiaires à leur consommation de soins au cours du temps. Les données de consommation sont issues du sous-produit DCIR du SNIIR-AM (système national d'information inter-régimes d'assurance maladie). Les informations administratives et socio-démographiques sont extraites du RFI (référentiel des individus).

Les données de population protégée sont issues du référentiel de l'EPIB, constitué à partir du RéFérentiel des Individus (RFI). Elles sont calculées au 31 décembre de l'année étudiée.

Pour le calcul de l'indicateur relatif à l'année de soins N, on a utilisé les données de remboursement jusqu'à fin avril de l'année N+1.