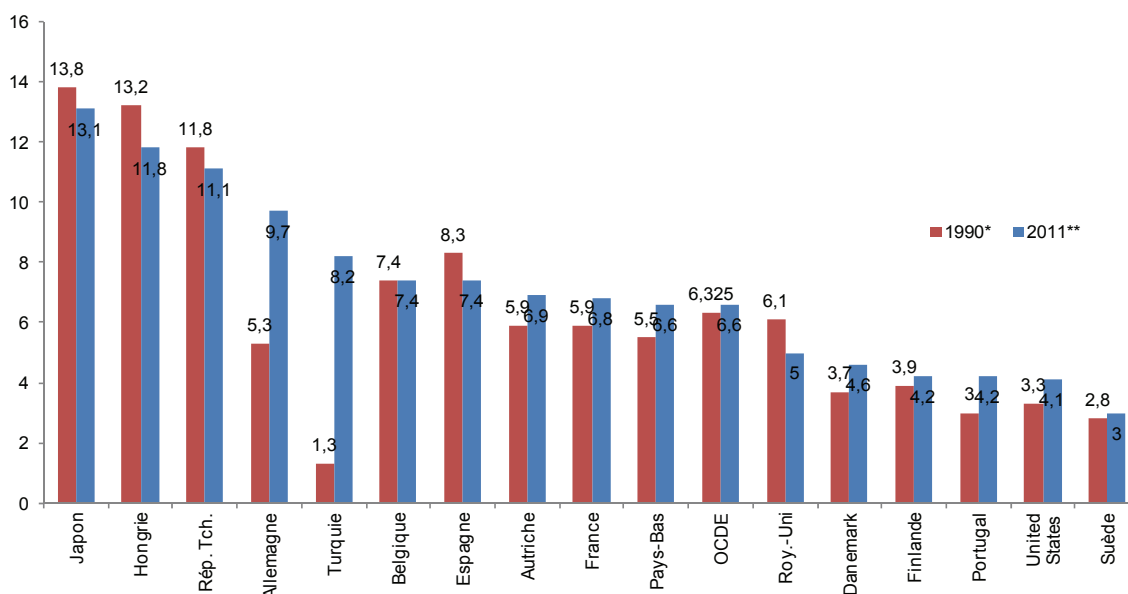


Indicateur n°9 : Nombre de consultations de professionnels de santé par habitant**Sous-indicateur n°9-1 : Nombre de consultations de médecins par habitant (omnipraticiens et spécialistes, y compris consultations externes et visites) - perspective internationale**

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 1990-2011

Source : Eco-Santé OCDE 2012, juin 2013

*sauf Allemagne (1991), Espagne (1993), Etats-Unis (1995)

** sauf Royaume-Uni, Etats-Unis (2009) et Japon, Danemark (2010)

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 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 2011, sauf au Japon, en République tchèque, en Espagne et au Royaume-Uni où il a diminué ; il est par ailleurs resté stable en Belgique. La moyenne des pays de l'OCDE est de 6,6 consultations par habitant en 2011. La France se situe en position médiane avec 6,8 consultations par habitant en 2010. On retrouve le Japon en tête des pays où les taux de consultations 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. À l'opposé, les Etats-Unis enregistrent l'un des taux les plus faibles avec 4,1 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 (3,0). 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 1990 - 2011 (9% 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 :

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.

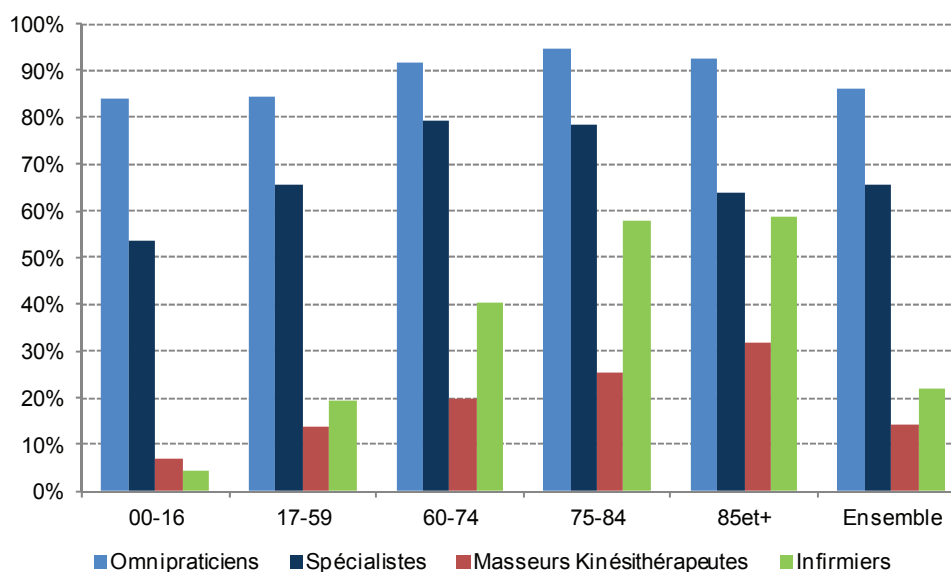
Enfin, un indicateur qui se fonde sur le nombre de consultations donne une mesure assez fruste du volume des services médicaux fournis dans la mesure où il ne prend pas en compte leur complexité. La durée et l'efficacité de la consultation peuvent varier et certains actes (tâches administratives, suivi 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 : Consommation moyenne par âge (omnipraticiens, spécialistes, auxiliaires médicaux)

En 2012, en moyenne, près de 86% des assurés couverts par le régime général ont consulté au moins une fois un omnipraticien libéral en 2012. Ce recours élevé varie relativement peu avec l'âge : de 84% pour les plus jeunes à 95% pour les personnes âgées de plus de 85 ans. En revanche, concernant les autres professionnels considérés, le recours augmente sensiblement avec l'âge en particulier pour les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers). Cela reflète l'activité de soins de suite et de réadaptation caractéristique de la consommation de soins des patients âgés. Ainsi près de 60% des assurés âgés de plus de 75 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit trois fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans.

Taux de recours aux omnipraticiens, spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers en 2012



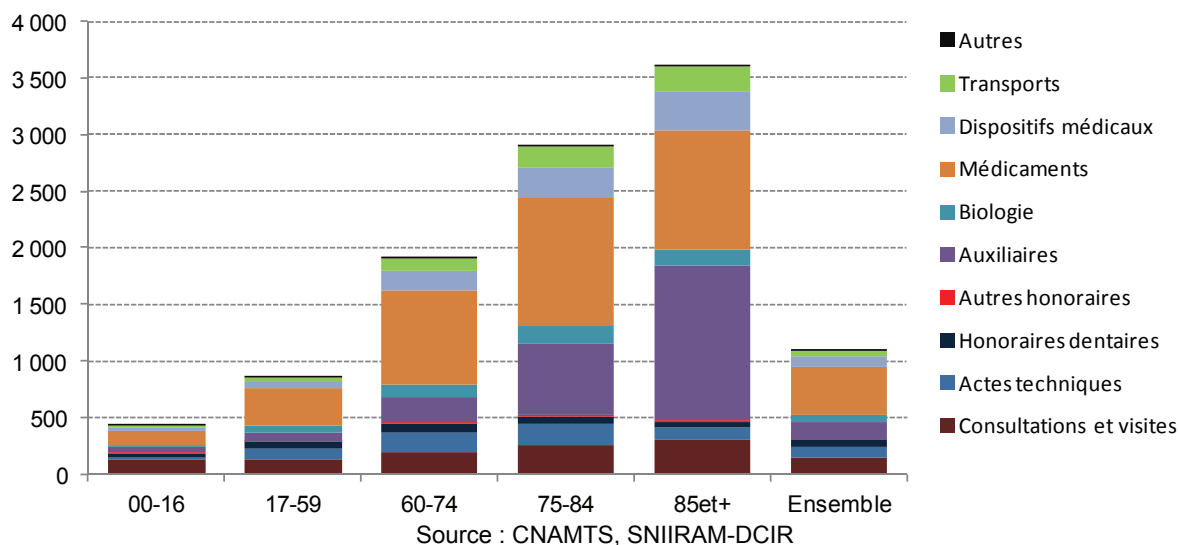
Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR

Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Hors consultations effectuées en cliniques privées

L'analyse de la dépense moyenne remboursable de soins de ville (hors actes effectués lors d'un séjour en clinique privée) permet de compléter l'analyse du taux de recours en rendant compte de l'intensité du recours aux soins en termes financiers.

La dépense moyenne d'un assuré sur le champ des soins de ville s'élève à près de 1 100 € (hors dépassements). Elle est fortement croissante avec l'âge : de 430 € en moyenne pour les assurés de moins de 16 ans à plus de 1 900 € pour les plus de 60 ans. Aux âges élevés les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne 3 600 € soit près de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans. Les dépenses relatives aux auxiliaires constituent le premier poste de dépenses (38%) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels, devant les médicaments (30%), soit une part bien plus élevée que pour les autres classes d'âges de « séniors ».

Consommation moyenne par tête de soins de ville en 2012



Champ : régime général, France entière. Hors honoraires en cliniques privées ; dépenses remboursables (hors dépassements). Les « autres honoraires » sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes, des stomatologues, de la rémunération forfaitaire médecin traitant et des dépenses de cures thermales.

Précisions méthodologiques :

Le taux de recours annuel aux soins est défini comme le nombre de personnes qui, parmi la population retenue, a 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 et accidents du travail. La population retenue est la population protégée par le régime général y.c. les sections locales mutualistes (SLM) sur le champ France entière.

La consommation moyenne rapporte pour une classe d'âge donnée, les dépenses (hors dépassements) payées par les assurés ayant consommé des soins dans au moins un des postes retenus (consultations, actes techniques soins dentaires, ...) par les effectifs de consommateurs de cette classe d'âge. Elle est calculée sur le champ des soins de ville et exclut les honoraires facturés dans les cliniques privées.