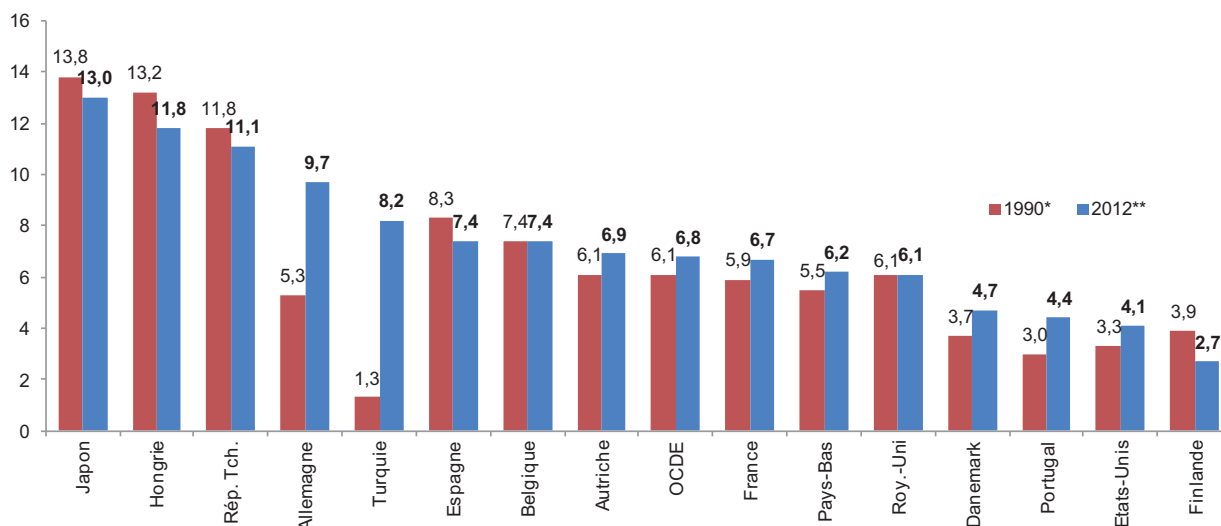


Indicateur n°9 : Consommation de soins par habitant

Sous-indicateur n°9-1 : Nombre de consultations de médecins par habitant, 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 1990-2012



Source : OCDE 2014

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

** sauf Royaume-Uni, (2009) et Japon, Belgique, Allemagne, États-Unis (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 2012, sauf au Japon, en Hongrie, en République tchèque, en Espagne et en Finlande où il a diminué ; il est par ailleurs resté stable en Belgique et au Royaume-Uni. La moyenne des pays de l'OCDE est de 6,8 consultations par habitant en 2012. La France se situe en position médiane avec 6,7 consultations par habitant en 2012. On retrouve le Japon en tête des pays où les taux de consultations sont les plus élevés, avec en moyenne 13,0 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 États-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 États-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 États-Unis de 3,7 à 8,9 entre données d'enquêtes et informations administratives. Il est à noter que la Turquie enregistre le plus fort accroissement du nombre de consultations sur la période 1990 - 2012 (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.

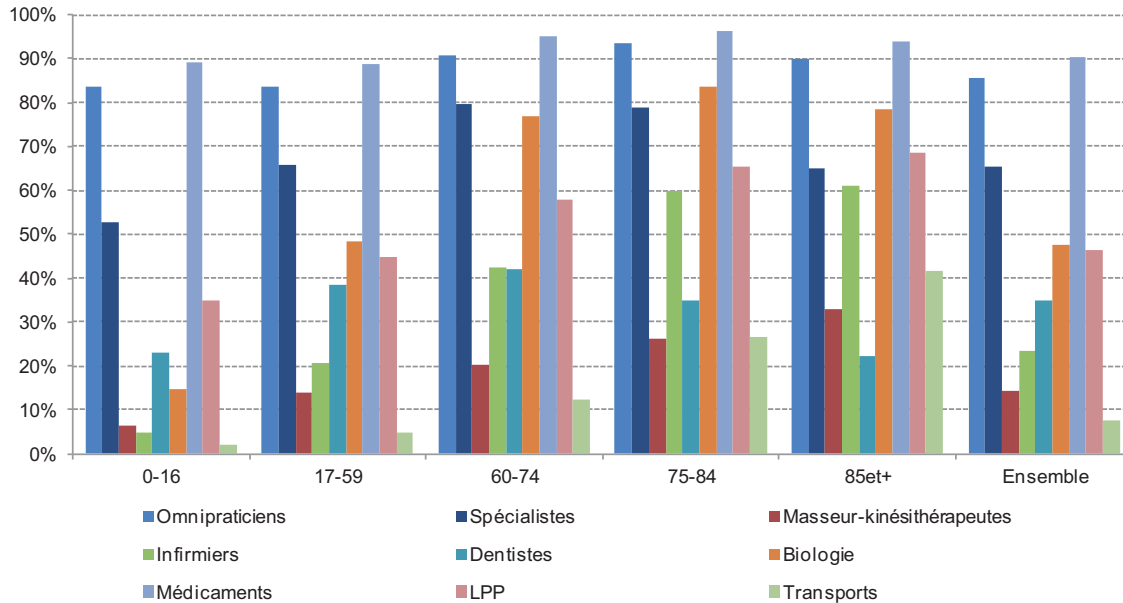
Les données sur les consultations proviennent principalement de sources administratives (issues des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie, comme le GKV en Allemagne, l'INAMI en Belgique, la CNAM en France), bien que dans certains pays, elles proviennent d'enquêtes de santé avec entretien (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 remémoration 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 aux soins et consommation moyenne par âge**Recours aux soins de ville (2013) et à l'hôpital (2012)**

En 2013, en moyenne, 85% des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours au moins une fois à un omnipraticien libéral ou en centre de santé. Ce recours élevé varie relativement peu avec l'âge : de 84% pour les plus jeunes à 90% 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 notamment l'activité de soins de suite et de réadaptation caractéristique de la consommation de soins des patients âgés. Ainsi plus de 60% des assurés âgés de plus de 75 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit près de trois fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans.

Taux de recours aux soins de ville en 2013

Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR

Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Recours aux professionnels de santé libéraux (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

Le taux de recours aux autres prestations de soins de ville varie tout d'abord selon les postes. Ainsi en 2013 parmi les personnes ayant eu au moins une consommation de soins de ville ou en clinique privée remboursée par le régime général au cours de l'année, 90% ont eu une délivrance de médicament, mais seulement 8% ont eu recours à des transports.

Si pour le poste médicament ce recours varie relativement peu selon l'âge (il varie entre 89% pour les 0-59 ans à 96% pour les 75-84 ans), pour les autres postes ce recours tend généralement à augmenter avec l'âge. A titre d'exemple, le taux de recours aux analyses de biologie qui est en moyenne (tous âges confondus) de 48%, passe de 15% chez les moins de 16 ans à 78% chez les personnes âgées de 85 ans et plus. De même, le taux de recours aux produits de la liste des produits et prestations remboursables (comportant notamment les lunettes, les prothèses auditives,...) passe de 35% chez les moins de 16 ans à 68% chez les assurés âgés de plus de 85 ans.

La diminution du taux de recours observée pour certains postes de soins de ville (consultations, actes et forfaits techniques, soins dentaires, biologie) chez les 85 ans et plus comparativement à celui observé chez les 75-84 ans doit cependant être interprétée avec précaution. En effet, les 85 ans et plus sont plus fréquemment hospitalisés ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que les 75-84 ans ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, un moindre recours aux soins de ville (les soins étant réalisés et/ou financés directement par ces établissements).

En 2012, en moyenne, 38% des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours à l'hôpital (établissements sanitaires, tous secteurs/activités confondus) que ce soit dans le cadre d'un séjour, d'actes ou de consultations externes. Ce taux masque toutefois de fortes disparités que ce soit en termes d'âges ou de type d'activité/secteur.

Ainsi, en moyenne, 19% de la population a eu un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et ce taux augmente sensiblement avec l'âge : de 13% pour les plus jeunes à 40% pour les personnes âgées de plus de 85 ans. Le recours aux actes et consultations externes est fréquent puisqu'il est en moyenne de 28% mais varie relativement peu avec l'âge.

A l'inverse, le recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) est très faible (1%) mais augmente avec l'âge : 6% chez les 75-84 ans et 11% chez les 85 ans et plus.

Taux de recours à l'hôpital en 2012 selon l'âge et le type d'activité

Tranche d'âge	0-16	17-59	60-74	75-84	85 et +	Ensemble
Médecine, chirurgie obstétrique (MCO)	13%	17%	26%	35%	40%	19%
Actes et consultations externes	24%	28%	32%	36%	34%	28%
Psychiatrie	0,2%	1%	1%	0,4%	0,3%	1%
Soins de suite et réadaptation (SSR)	0,2%	1%	3%	6%	11%	1%
Toutes hospitalisations	31%	36%	44%	53%	55%	38%

Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR et PMSI.

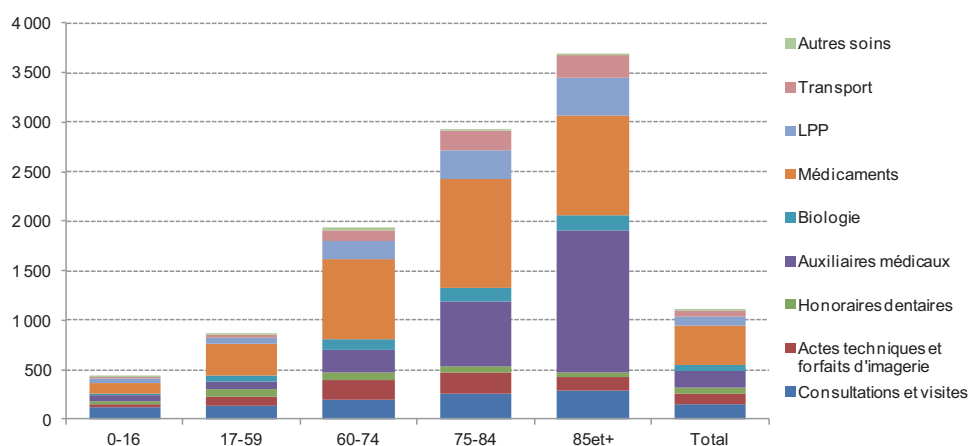
Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Établissements publics et privés. Hors hospitalisation à domicile, établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris actes et consultations externes.

Dépenses moyennes remboursables de soins de ville (2013) et à l'hôpital (2012)

L'analyse de la dépense moyenne remboursable de soins de ville et d'hôpital permet de compléter l'analyse des taux de recours en rendant compte de l'intensité du recours aux soins en termes financiers.

La dépense moyenne d'un assuré (consommant) sur le champ des soins de ville (hors actes effectués lors d'un séjour en clinique privée) s'élève en 2013 à plus de 1 100 € (hors dépassements). Elle est fortement croissante avec l'âge : de 429 € en moyenne pour les assurés de moins de 16 ans à près de 3 700 € pour les 85 ans et plus. Aux âges élevés les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne près de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (1 900 €). Le médicament est le principal poste de dépense de soins de ville sauf chez les 85 ans et plus où ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux qui constituent le premier poste de dépenses (39%) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels, devant les médicaments (28%).

Consommation moyenne remboursable par tête de soins de ville en 2013, par âge



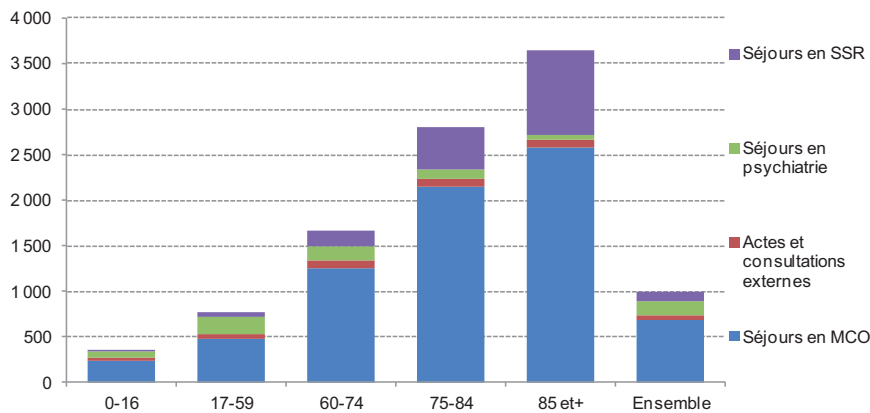
Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR.

Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Y compris prestations exécutées en centres de santé. Hors prestations effectuées en cliniques privées et actes et consultations externes. Dépenses remboursables (hors dépassements). Les autres soins sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes, des stomatologues, de certains actes des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales et d'autres prestations diverses.

La dépense hospitalière (y compris les honoraires facturés en établissement privé) moyenne remboursable pour un assuré (consommant) s'élève en 2013 à plus de 990 €. Elle est fortement croissante avec l'âge : de 350 € environ en moyenne pour les assurés de moins de 16 ans à près de 3 650 € pour les 85 ans et plus. Comme pour les soins de ville, aux âges élevés les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne plus de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (1 700 €).

L'essentiel de cette dépense hospitalière est liée aux séjours en MCO (68% en moyenne). Malgré des taux de recours très faibles, de l'ordre de 1% en moyenne tous âges confondus, les dépenses des séjours en psychiatrie et SSR représentent respectivement 15% et 11% des dépenses hospitalières moyennes considérées. Cette répartition varie cependant selon l'âge.

Dépense hospitalière moyenne remboursable par tête en 2012, par âge



Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR.

Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Hors hospitalisation à domicile, établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris prestations effectuées en cliniques privées. Dépenses remboursables (hors dépassements). Légende : MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, SSR : soins de suite et de réadaptation.

Précisions méthodologiques

Le **taux de recours** annuel aux soins (ville ou hôpital) considérés est défini comme le nombre de personnes qui, parmi la population retenue, a bénéficié, au moins une fois dans l'année, du soin relevant de la catégorie considérée.

Le champ retenu pour les soins considérés est celui des soins remboursés relevant des risques maladie, maternité et accidents du travail/maladies professionnelles. Les prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité) sont exclues.

La population retenue, que ce soit pour le calcul des taux de recours ou des dépenses moyenne par tête, est la population consommante protégée par le régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) sur le champ France entière. La population consommante est définie comme la population ayant consommé au moins un soin de ville ou de clinique privée au cours de l'année N. Sont pris en compte les soins réalisés l'année N en prenant la liquidation jusqu'à fin avril de l'année suivante.

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 (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

La **dépense moyenne** rapporte, pour une classe d'âge donnée, les dépenses remboursables (hors dépassements) payées par les assurés ayant consommé des soins dans au moins un des postes retenus (consultations, actes techniques, soins dentaires, séjour hospitalier en MCO, en psychiatrie...) par les effectifs de consommateurs de cette classe d'âge. Les honoraires facturés dans les établissements hospitaliers privés ont été exclus des dépenses de soins de ville et ont été au contraire affectés aux dépenses hospitalières. A l'inverse, les honoraires en centres de santé sont affectés aux soins de ville.

Plusieurs améliorations ont été apportées cette année au traitement des données, ce qui rend difficile la comparabilité (au moins sur certains postes) des données présentées à celles du précédent PQE.

Ainsi, dans le précédent rapport, les forfaits techniques (i.e. IRMN, scanner, tomographie et forfaits consommables) étaient considérés comme effectués en cliniques privées et les dépenses associées n'apparaissaient donc pas dans les soins de ville (car « hors prestations en cliniques privées »). Désormais, ces dépenses qui ne sont en pratique pas effectuées pendant un séjour hospitalier, ont été réaffectées aux soins de ville (cf. nouvelle série « Forfaits techniques »).

A l'inverse, dans le précédent rapport, les dépenses liées à la rémunération du médecin traitant étaient incluses dans le poste « autres honoraires médicaux ». Désormais, ces dépenses ont été exclues ici de ce poste et donc des soins de ville.

Les « autres honoraires médicaux » sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes et des stomatologues, des actes codés en P des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales.

Enfin, dans le précédent rapport, le ticket modérateur des dépenses des personnes exonérées pour affection de longue durée hors liste ou polyopathie dans le cadre de soins en rapport avec l'affection était suivi dans un poste séparé (« TM ALD 31-32 ») dans les soins de ville. Dorénavant, ce ticket modérateur est réaffecté à sa prestation de référence et est donc intégré au poste auquel il s'applique. Le poste « TM ALD 31-32 » n'apparaît donc plus.

L'âge est calculé à la fin de l'année étudiée.