

L'enquête sur la santé et les soins médicaux, réalisée en 2003 par l'Insee, permet de retracer les « épisodes de soins » suivis par les patients avant la mise en place de la réforme de l'assurance-maladie, qui prévoit l'instauration d'un parcours de soins. Comme en 1991, 71% des premiers recours au médecin s'effectuaient à la date de l'enquête chez un généraliste, et 29% chez un spécialiste. Il s'agit dans 15% des cas de spécialités dont l'accès a été réglementé par la réforme de 2004, principalement la dermatologie, la chirurgie et la cardiologie, tandis que 14% des premiers recours concernent des spécialités « à accès libre », comme la gynécologie, l'ophtalmologie et la pédiatrie. Seuls 2% des épisodes de soins donnaient lieu en 2003 à l'enchaînement d'une consultation d'un généraliste puis d'un spécialiste dans les 15 jours qui suivent. Un mauvais état de santé ou la survenue d'une maladie motive le plus souvent un premier recours au médecin généraliste. L'existence d'une affection de longue durée favorise, quant à elle, une première consultation chez un spécialiste à accès réglementé, qui concerne aussi davantage les adultes d'âge actif. Les cadres consultent plus souvent d'abord un spécialiste. Les premiers et deuxièmes recours au spécialiste augmentent également avec le niveau d'études et de revenu. En revanche, le bénéfice d'une couverture complémentaire n'influe pas, au-delà du déclenchement même de l'épisode de soins, sur la trajectoire suivie ensuite par le patient.

Bénédicte BOISGUÉRIN
et **Denis RAYNAUD** avec la collaboration
de **Pascale BREUIL-GENIER**

Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees

Les trajectoires de soins en 2003

La loi du 13 août 2004, réformant l'assurance-maladie, prévoit la mise en place d'un « parcours de soins ». Elle incite ainsi par le biais d'un taux de remboursement plus élevé de l'assurance-maladie, chaque assuré de plus de 16 ans, à choisir un médecin traitant et à le consulter avant d'être orienté vers un médecin spécialiste. Ce parcours de soins ne concerne toutefois pas les recours aux pédiatres, gynécologues, et ophtalmologues.

Une enquête sur la santé et les soins médicaux a été réalisée en 2003 par l'Insee (encadré 1). Elle permet de retracer, avant la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004, les « épisodes de soins » suivis par les patients consultant à la fois en médecine de ville et à l'hôpital, et d'en analyser les déterminants.

Les épisodes de soins ont été construits selon une méthodologie développée à partir de la précédente enquête santé¹, en groupant les recours médicaux d'un individu à partir des informations recueillies pour chaque consultation : conseil d'un

1. BREUIL-GENIER Pascale, « Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête santé 1991-1992 », *Économie Publique*, n° 9, 2001/3.

L'enquête décennale de santé 2002-2003

L'enquête décennale de santé 2002-2003 réalisée par l'Insee s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. Elle répond, comme les enquêtes précédentes à un triple objectif : relever la morbidité déclarée et évaluer l'état de santé de la population, mesurer la consommation de soins et de prévention, mettre en relation la consommation de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et du ménage. L'enquête a été effectuée auprès d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires, la représentativité étant assurée au niveau national et pour cinq régions. La période de collecte a comporté cinq vagues (ayant débuté de septembre-octobre 2002 à mai-juin 2003) afin de tenir compte des variations saisonnières de morbidité et de consommation.

Les principales modifications du protocole d'enquête par rapport à l'enquête 1991-1992 concernent :
- l'inclusion d'une vague couvrant les mois d'été (exclus de la collecte dans l'enquête précédente) ;
- la diminution de la durée d'enquête (de 12 semaines à 8 semaines) et du nombre de visites (de 5 à 3) ;
- un questionnement individuel pour toutes les personnes âgées de 18 ans et plus et aptes à répondre, alors que dans l'enquête 1991-1992, une personne du ménage répondait pour l'ensemble des personnes.

Ces modifications dans le protocole doivent être prises en compte dans la comparaison des résultats de ces deux enquêtes concernant la consommation médicale.

médecin, maladie, spécialité du médecin et délai entre deux recours (encadrés 2 et 3).

Pour l'analyse, trois catégories de médecins ont été distinguées, en tenant compte du cadre prévu par la réforme : les médecins généralistes, les médecins spécialistes dont l'accès restera non réglementé aux termes de la loi de 2004 (ophtalmologistes, gynécologues, pédiatres, nommés dans cet article « spécialistes à accès libre ») et les médecins spécialistes concernés par le parcours de soins défini par la loi (nommés « spécialistes à accès réglementé »).

La trajectoire de soins des patients entre les trois groupes de médecins est caractérisée dans notre étude par le point d'entrée dans l'épisode de soins et par la fréquence et la nature d'un éventuel second recours intervenant dans un délai maximal de quinze jours après le premier, ce qui ne permet bien sûr pas d'identifier les épisodes de soins plus longs, et notamment les orientations chez un spécialiste suivies d'un rendez-vous plus espacé dans le temps.

Comme en 1991, 71% des premiers recours se font chez les généralistes

En 2003 comme en 1991, le recours au médecin généraliste prédomine largement à l'entrée dans un épisode de soins sur le recours au médecin spécialiste (schéma 1). Par ailleurs, l'accès à un médecin spécialiste à la suite de la

consultation d'un médecin généraliste s'avère relativement rare. En effet, si 71% des épisodes de soins débutent par la consultation d'un généraliste, seuls 2% des épisodes sont constitués de l'enchaînement d'une consultation de généraliste, puis de spécialiste, et en particulier 1,7% enchaînement consultation de généraliste et spécialiste à accès dorénavant réglementé.

29% des épisodes de soins débutent chez un spécialiste, dont 15% à accès réglementé par la réforme de 2004

29% des épisodes de soins débutent au contraire par la consultation d'un spécialiste. Un peu moins de la moitié (14%) de ces premiers recours concernent des spécialistes dont l'accès restera non réglementé dans le cadre de la loi d'août 2004. Il s'agit essentiellement de gynécologues (6%), d'ophtalmologues (5%) et deux fois moins fréquemment de pédiatres (3%). *A contrario*, 15% des épisodes de soins décrits par l'enquête débutaient en 2003 par la consultation de médecins spécialistes maintenant concernés par la mise en place du parcours de soins, principalement, dermatologues (3%), chirurgiens (2%) et cardiologues (2%).

Toutefois, près des deux tiers de ces consultations directes auprès de spécialistes à accès dorénavant réglementé sont déclarées par les patients comme faisant suite à un conseil médical préa-

lable, qui a pu par exemple être formulé lors d'une précédente consultation, mais plus de 15 jours auparavant², ou encore de manière moins formelle (conseil téléphonique ou recommandation générale). Ainsi, seuls 5% des épisodes de soins sont constitués de consultations directes auprès d'un « spécialiste à accès réglementé », sans conseil médical préalable. Une précédente étude³, réalisée à partir de l'enquête santé de 1991-1992, aboutissait à une description très voisine des épisodes de soins, sans toutefois distinguer entre types de spécialités (encadré 4).

Au-delà de cet état des lieux, l'enquête santé permet de rechercher les facteurs démographiques, socio-économiques ou liés à l'état de santé, susceptibles d'influencer les trajectoires suivies par les patients en 2003. Les résultats qui suivent sont issus d'analyses économétriques à partir de régressions logistiques cherchant à expliquer les déterminants des différentes trajectoires (encadré 5).

État de santé et conseils médicaux sont les premiers déterminants des trajectoires de soins

L'état de santé et les conseils des professionnels de santé sont les premiers facteurs expliquant la trajectoire de soins suivie par les patients. Un mauvais état de santé ressenti, une maladie classée en affection de longue durée, augmentent ainsi significativement la probabilité de débiter un épisode de soins (tableau 1) ainsi que la probabilité d'un deuxième recours dans les 15 jours qui suivent (tableau 2). De plus, la probabilité d'un second recours est plus élevée si le premier recours concerne une maladie incidente, c'est-à-dire apparue durant la période d'enquête.

Ces raisons influent aussi sur le type de premier recours. Toutes choses éga-

2. En effet, pour que deux consultations soient retenues comme parties d'un même épisode de soin, il faut, par convention que le délai qui les sépare soit inférieur à 15 jours.

3. BREUIL-GENIER Pascale, « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *Insee Première* n° 709 – avril 2000.

les par ailleurs, un mauvais état de santé perçu, ou l'apparition d'une maladie incidente durant l'enquête, conduisent à privilégier un premier recours au médecin généraliste (tableau 3). En revanche, l'existence d'une affection de longue durée augmente la probabilité de débuter un épisode par une consultation auprès d'un spécialiste à accès réglementé, probablement dans le cadre d'un protocole de soins défini antérieurement. À côté de l'état de santé ressenti, le motif de consultation influe logiquement sur la nature du premier recours. Ainsi, les vaccinations ou les actes de prévention obligatoire (visite médicale obligatoire, certificat médical, examen de santé systématique...) se font auprès d'un médecin généraliste. Au contraire, les actes de prévention volontaire (dépistage d'une maladie, examen à sa propre initiative, arrêt du tabac) se font plutôt directement auprès d'un médecin spécialiste.

En revanche, la nature du deuxième recours (généraliste ou spécialiste), le cas échéant, n'est pas influencée, toutes choses égales par ailleurs, par l'appréciation générale de l'état de santé déclaré par l'enquêté : c'est l'existence d'un conseil médical qui s'avère prépondérante. Les personnes qui consultent un médecin spécialiste en deuxième recours suivent en effet généralement les conseils d'un médecin⁴ (tableau 4). D'ailleurs, l'importance du conseil médical apparaît dès le premier recours, les consultations directes auprès d'un spécialiste étant plus fréquentes à la suite d'un conseil médical, antérieur aux quinze jours retenus dans l'étude pour construire les épisodes de soins.

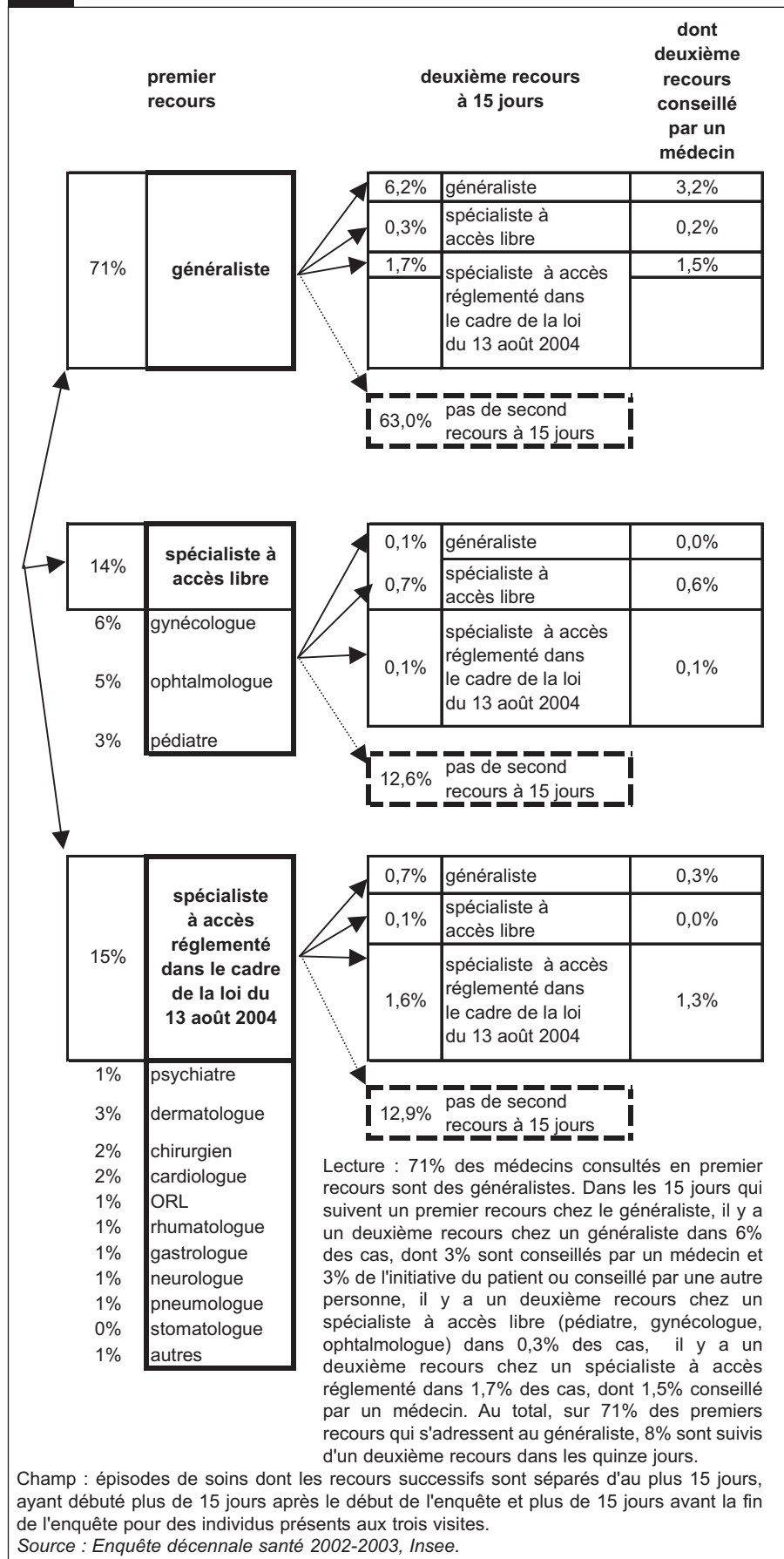
Davantage de recours directs aux spécialistes chez les femmes, et aux âges actifs

En dehors de ces facteurs liés à la santé, l'âge et le sexe jouent aussi un rôle dans la trajectoire de soins des individus. Ainsi, la probabilité de débuter, au cours de l'enquête, un épisode de

S
•01

premier et deuxième recours dans les épisodes de soins

en % du total des épisodes



T
•01

avoir au moins un épisode de soins durant l'enquête

		odds ratio
Hommes tranches d'âge	<1	26,2
	1-2	6,5
	3-4	3,4
	5-9	1,7
	10-14	1,5
	15-19	1,3
	20-29	ref
	30-39	NS
	40-49	1,2
	50-59	1,5
	60-69	2,5
	70-79	3,6
80 et plus	4,5	
Femmes tranches d'âge	<1	16,8
	1-2	6,0
	3-4	2,8
	5-9	2,2
	10-14	1,4
	15-19	1,9
	20-29	2,6
	30-39	2,4
	40-49	2,1
	50-59	2,3
	60-69	3,4
	70-79	3,7
80 et plus	5,1	
Couverture complémentaire	<i>pas de couverture complémentaire</i>	ref
	CMU	1,7
	couverture complémentaire	1,6
Exonération du TM pour ALD	oui	2,1
	non	ref
État de santé déclaré	<i>très bon</i>	ref
	bon	1,6
	moyen	3,4
	mauvais	5,9
	très mauvais	7,9
Catégorie sociale de la personne de référence du ménage	agriculteur	NS
	artisan	0,9
	cadre	NS
	profession int	1,1
	employé	1,1
	<i>ouvrier</i>	ref
Revenu par unité de consommation du ménage	<i>1^{er} décile</i>	ref
	2 ^e décile	NS
	3 ^e décile	NS
	4 ^e à 10 ^e décile	1,2

Champ : individus présents aux 3 visites.

Odds ratio = rapport de rapports de chances ($p/(1-p)/(q/(1-q))$).

Lecture : une personne bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur (TM) pour une affection de longue durée (ALD) a 2,1 fois plus de chance d'avoir au moins un épisode de soins que si elle n'en bénéficie pas.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

soins augmente avec l'âge à partir de 40 ans ; elle est également élevée chez les plus jeunes enfants, et les femmes de 15 à 69 ans. Cette influence persiste toutes choses égales par ailleurs et notamment à état de santé déclaré comparable.

Chez les personnes ayant débuté un épisode de soins, l'accès aux spécialistes à accès libre est plus fréquent pour les femmes, en raison notamment de leurs consultations gynécologiques, ainsi que pour les enfants avec les consultations pédiatriques. Quant à l'accès direct aux spécialistes « à accès réglementé », il est maximum aux âges actifs, puis diminue avec l'âge. Au-delà de 60 ans, les premiers recours aux soins se font surtout auprès des médecins généralistes.

L'existence d'un deuxième recours dans la quinzaine qui suit le premier dépend, au contraire, peu de l'âge et plus du tout du sexe. Il est cependant un peu plus rare pour les enfants après un premier recours chez le généraliste, et un peu plus fréquent entre 20 et 39 ans après un premier recours chez un spécialiste à accès libre.

Les cadres consultent plus souvent d'abord un spécialiste

Les trajectoires de soins diffèrent en outre significativement selon la catégorie sociale, le niveau d'éducation du chef de ménage ou le revenu du ménage auquel appartiennent les personnes concernées. Cette diversité concerne non seulement le déclenchement d'un épisode de soins, mais aussi, toutes choses égales par ailleurs, la nature du premier recours. En revanche, l'existence et la nature du deuxième recours apparaissent moins liées aux caractéristiques des ménages.

Les artisans et les agriculteurs ont ainsi la probabilité la plus faible d'entamer un épisode de soins (odds ratio = 0,9, les ouvriers étant la référence), alors que la probabilité la plus élevée s'observe pour les professions intermédiaires et les employés (odds ratio = 1,1). Surtout, parmi les personnes ayant

4

effectivement entamé un épisode de soins, les ouvriers et les agriculteurs consultent plus fréquemment en premier lieu un médecin généraliste, contrairement aux cadres qui ont tendance à consulter, en premier recours, des médecins spécialistes notamment s'il s'agit de spécialités à accès libre (odds ratio = 1,6) et dans une moindre mesure pour les spécialités dont l'accès devient réglementé avec la loi d'août 2004 (odds ratio = 1,1). Une précédente étude⁵ avait déjà souligné la probabilité plus élevée pour les cadres de consulter un médecin spécialiste dans l'année, ainsi que leurs dépenses plus importantes en honoraires de médecins spécialistes.

Les premiers et deuxièmes recours au spécialiste augmentent avec le revenu...

L'effet du revenu vient renforcer ces premiers constats. En particulier, la probabilité d'entamer un épisode de soins est plus faible pour les 30% de personnes qui se situent au bas de l'échelle des niveaux de vie. En outre, les premiers recours des 10% de personnes qui ont les plus faibles niveaux de vie sont davantage orientés vers la médecine générale, et moins vers la médecine spécialisée. Les premiers recours à un spécialiste, à accès libre ou réglementé, sont d'autant plus fréquents que le niveau de vie s'élève.

L'effet du revenu continue également à jouer sur les deuxièmes recours aux soins. Après une première consultation chez un médecin généraliste, un deuxième recours effectué chez un spécialiste est une pratique plus fréquente pour les personnes qui dépassent le niveau de vie médian (odds ratio = 1,4). Ainsi, un niveau de vie élevé favorise l'accès à la médecine spécialisée, tant au niveau du premier recours, qu'en rendant plus probable une séquence généraliste-spécialiste.

5. RAYNAUD Denis, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire », *Études et Résultats*, n° 378, février 2005, Drees.

T • 02 avoir un deuxième recours dans les 15 jours suivant le premier

	après un premier recours au généraliste	après un premier recours au spécialiste à accès libre	après un premier recours au spécialiste à accès réglementé dans le cadre de la loi du 13 août 2004
	odds ratio	odds ratio	odds ratio
âge			
0-4 ans	0,6	NS	non significatif
5-19 ans	0,5	NS	
20-39 ans	ref	ref	
40-59 ans	NS	0,2	
60 ans et plus	NS	NS	
exonération du TM pour ALD			
oui	1,2	non significatif	non significatif
non	ref		
état de santé déclaré			
très bon	ref		non significatif
bon	NS	non significatif	
moyen	NS		
mauvais ou très mauvais	1,7		
premier recours conseillé par			
un autre médecin	0,5	non significatif	2,1
ce médecin			NS
non conseillé par un médecin	ref		ref
maladie en rapport avec le premier recours est incidente			
oui	1,3	1,7	2,3
non	ref	ref	ref
sans objet	0,6	NS	1,0
densité médicale régionale totale			
1 ^{re} médiane	0,9	non significatif	non significatif
2 ^e médiane	ref		

Champ : épisodes de soins dont les recours successifs sont séparés d'au plus 15 jours, ayant débuté plus de 15 jours après le début de l'enquête et plus de 15 jours avant la fin de l'enquête, pour des individus présents aux trois visites.

Odds ratio = rapport de rapports de chances $(p/(1-p))/(q/(1-q))$

Lecture : la chance d'avoir un second recours dans les quinze jours suivant le premier est plus élevée si le premier recours a concerné une maladie incidente : 1,3 fois plus après une consultation de généraliste, 1,7 après une consultation de spécialiste à accès libre et 2,3 après une consultation de spécialiste à accès réglementé.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

... comme avec le niveau d'études

Le niveau d'études du chef de ménage, s'il n'influe pas sur l'existence d'un épisode de soins, semble lui aussi, à revenu et milieu social comparables, influencer sur la trajectoire de soins. En effet, toutes choses égales par ailleurs, plus le niveau d'études est élevé, plus est élevée la probabilité d'un premier recours auprès d'un spécialiste à accès réglementé plutôt qu'auprès d'un généraliste (pour les diplômés du supérieur, odds ratio = 1,6, la référence étant un diplôme CAP/BEP). De plus, au-delà du premier recours, l'influence d'un niveau élevé d'études persiste en partie

pour le deuxième recours, en rendant plus probable l'enchaînement de deux consultations de spécialistes (odds ratio = 3,5 pour les diplômés de l'enseignement supérieur, après un premier recours aux spécialistes à accès réglementé).

Le premier recours à un spécialiste est plus fréquent quand l'offre régionale de soins est abondante en médecine spécialisée

À partir de la région de résidence des personnes enquêtées, on peut tenter de caractériser de façon globale et

T
• 03 type de premier recours

		recours à un spécialiste à accès libre plutôt qu'à un généraliste	recours à un spécialiste à accès réglementé dans le cadre de la loi du 13 août 2004 plutôt qu'à un généraliste			recours à un spécialiste à accès libre plutôt qu'à un généraliste	recours à un spécialiste à accès réglementé dans le cadre de la loi du 13 août 2004 plutôt qu'à un généraliste	
		odds ratio	odds ratio			odds ratio	odds ratio	
exonération du TM pour ALD	oui non	0,7 ref	1,5 ref	habitat	rural urbain	0,8 ref	0,7 ref	
État de santé déclaré	très bon	ref	ref	recours conseillé par	un autre médecin	3,4	12,8	
	bon	0,8	NS		ce médecin	1,0	0,5	
	moyen	0,5	NS		non conseillé par un médecin	ref	ref	
	mauvais	0,3	NS		maladie en rapport avec le recours est incidente	non réponse	0,8	NS
	très mauvais	0,2	NS			oui	0,2	0,5
inapte	0,6	NS	non	ref	ref			
Catégorie sociale de la personne de référence du ménage	non réponse	NS	NS	motif du recours	aucun	1,2	1,2	
	agriculteur	NS	NS		maladie	ref	ref	
	artisan	1,3	1,2		prévention obligatoire	NS	0,3	
	cadre	1,6	1,1		prévention volontaire	3,8	3,0	
	profession int employé	1,2	NS		divers	NS	NS	
Diplôme de la personne de référence du ménage	ouvrier	NS	1,2	vaccin	0,6	0,0		
	sans diplôme	NS	0,8	rapport densité spécialiste/généraliste au niveau régional	1 ^{er} quartile	0,6	0,6	
	CEF/BEPC	NS	NS		2 ^e quartile	0,7	0,7	
	CAP/BEP	ref	ref		3 ^e quartile	0,8	0,8	
	BAC+2	NS	NS		4 ^e quartile	ref	ref	
BAC+2	NS	1,3	Champ : épisodes de soins ayant commencé plus de 15 jours après le début de l'enquête, individus présents aux trois visites. Odds ratio = rapport de rapports de chances (p/(1-p))/(q/(1-q)). Lecture : au début d'un épisode de soin, une personne issue d'un milieu cadre a 1,6 fois plus de chance (respectivement 1,1) de consulter un spécialiste à accès libre (respectivement à accès réglementé) plutôt qu'un généraliste que si elle est issue d'un milieu ouvrier.					
Revenu par unité de consommation du ménage	> BAC+2	NS	1,6					
	1 ^{er} décile	ref	ref					
	2 ^e décile	1,3	NS					
	3 ^e décile	1,4	1,3					
	4 ^e décile	NS	NS					
	5 ^e décile	1,4	1,3					
	6 ^e décile	1,4	1,5					
	7 ^e décile	1,6	1,5					
	8 ^e décile	1,4	1,4					
	9 ^e décile	1,5	1,4					
10 ^e décile	1,6	1,6						

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

approximative l'offre qui leur est accessible dans leur trajectoire de soins. Deux indicateurs régionaux d'offre de soins sont ici utilisés : la densité totale de médecins et le rapport du nombre de spécialistes au nombre de généralistes, qui est un indicateur relatif d'offre de médecine spécialisée. Naturellement, ces indicateurs régionaux ne sauraient décrire précisément l'offre à laquelle les personnes interrogées peuvent effectivement accéder à partir de leur lieu de résidence, mais ils

donnent quelques éléments de réflexion utiles, notamment en ce qui concerne la médecine spécialisée. Si le déclenchement d'un épisode de soins ou l'existence d'un second recours suite à une première consultation ne semblent pas influencés par ces indicateurs régionaux d'offre de soins, la trajectoire de soins suivie et, en particulier, le type de premier recours sont influencés par l'abondance relative de la médecine spécialisée. Plus il y a dans la région de médecins spécialistes par rap-

port au nombre de médecins généralistes, plus la probabilité de débiter un épisode de soins par la consultation d'un spécialiste est ainsi élevée (odds ratio allant de 0,6 dans le premier quartile à 0,8 dans le troisième quartile, la référence étant le quatrième quartile composé des régions où l'offre relative de médecine spécialisée est la plus forte).

L'influence de l'offre de soins ainsi appréhendée au niveau global de la région apparaît plus réduite sur les trajectoires suivies à l'issue d'une pre-

mière consultation. Après un premier recours au médecin généraliste, la probabilité de recourir ensuite à un spécialiste semble ainsi avant tout liée au conseil du médecin consulté en premier recours. En revanche, après une première consultation chez un spécialiste à accès réglementé, si l'existence d'un deuxième recours n'est pas liée aux indicateurs régionaux d'offre de soins, la probabilité que ce deuxième recours s'effectue lui aussi chez un médecin spécialiste est nettement plus faible dans les régions où la disponibilité relative de médecine spécialisée est moins importante (odds ratio = 0,4 pour le premier quartile).

Il semblerait donc que dans les régions où la proportion de spécialistes est faible, les deuxièmes recours ne soient pas moins fréquents, une substitution s'opérant alors en direction des médecins généralistes.

Le bénéfice d'une couverture complémentaire n'influence pas la trajectoire suivie au-delà du déclenchement de l'épisode de soins

Outre une modulation des remboursements de l'assurance de base, la réforme de l'assurance-maladie d'août 2004 prévoit également la mise en place de « contrats responsables » limitant les remboursements versés par les organismes complémentaires aux personnes ne respectant pas le parcours de soins, faisant du médecin traitant le pivot d'orientation vers la médecine spécialisée. Dans cette perspective, il

T
•04 type de deuxième recours

	après un premier recours au généraliste	après un premier recours au spécialiste à accès réglementé dans le cadre de la loi du 13 août 2004
	odds ratio	odds ratio
sexe		
homme	non significatif	ref
femme		0,5
exonération du TM pour ALD		
oui	1,8	non significatif
non	ref	
état de santé déclaré		
très bon	ref	} ref 3,6
bon	NS	
moyen	NS	
mauvais ou très mauvais	0,5	
diplôme de la personne de référence du ménage		
inférieur à bac + 2	non significatif	ref
bac+2 et plus		3,5
revenu par unité de consommation du ménage		
1 ^{re} médiane	ref	non significatif
2 ^e médiane	1,4	
deuxième recours conseillé par		
un médecin	4,0	5,6
non conseillé par un médecin	ref	ref
rapport densité spécialiste / généraliste au niveau régional		
1 ^{er} quartile	non significatif	0,4
2 ^e 3 ^e 4 ^e quartile		ref

Champ : épisodes de soins d'au moins deux recours, dont les recours successifs sont séparés d'au plus 15 jours ayant débuté plus de 15 jours après le début de l'enquête et plus de 15 jours avant la fin de l'enquête, pour les individus présents aux trois visites
Odds ratio = rapport de rapports de chances($p/(1-p)$)/($q/(1-q)$)
Lecture : le deuxième recours après un premier recours à un généraliste (respectivement un spécialiste à accès réglementé) a 4 fois plus de chances (respectivement 5,6 fois plus) de s'adresser à un spécialiste, si ce second recours a été conseillé par un médecin.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

s'avère intéressant d'analyser, avant la mise en place de la réforme, l'influence de la couverture complémentaire sur les trajectoires de soins.

Comme les études l'ont montré⁶, pour la propension à recourir à des soins une année donnée, le fait d'être couvert par une assurance complémentaire augmente la probabilité de débuter un épisode de soins : durant les deux mois d'enquête, 53% des personnes couvertes par une assurance complémentaire privée et 51% des personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire ont débuté un épisode de soins, contre seulement 41% des personnes sans couverture complémentaire. L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » à partir

d'une régression logistique confirme ce résultat, et ne fait pas apparaître de différence significative entre les assurés complémentaires selon que leur couverture est obtenue ou non via la CMU.

Mais au-delà du déclenchement de l'épisode de soins, ni le type de premier recours, ni l'existence ultérieure d'un deuxième recours, ne semblent, toutes choses égales par ailleurs, influencés par la couverture complémentaire dont bénéficie le patient. Ces résultats confirment ceux déjà obtenus à partir de la précédente enquête santé réalisée en 1991⁷, et mis pour la première fois en évidence aux États-Unis dans les années 1970⁸, dans un contexte pourtant différent du cas français. La couverture maladie dont bénéficient les

6. Op. cit., RAYNAUD Denis, *Études et Résultats*, n° 378.

7. BREUIL-GENIER Pascale, RUPPRECHT Frédéric, « Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyses par épisodes de soins », ministère des Finances, Direction de la Prévision, *Économie et prévisions*, n° 142, janvier-mars 2000.

8. Newhouse (1993) « Free for all ? Lessons from the Rand health insurance experiment », Cambridge-Harvard university press.

La construction des épisodes de soins à partir de l'enquête décennale de santé 2002-2003 de l'Insee

L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee en 2002-2003 auprès de 40 000 personnes, permet d'observer les recours aux soins des enquêtés sur une période de deux mois. Les enquêtés ont en effet été visités trois fois successivement par un enquêteur, à 4 semaines d'intervalle. Pour chaque individu était relevée la consommation de soins entre deux visites de l'enquêteur.

L'enquête fournit ainsi pour chacune des séances de médecin relevées, la date de la séance, la spécialité du médecin, la maladie en rapport avec la séance, le motif de la consultation. L'enquête indique également la personne ayant conseillé la séance. Les items de réponse à cette question sont : ce médecin, un médecin du travail, de PMI, scolaire ou d'un centre d'examen de santé, un autre médecin, un pharmacien, un autre professionnel de santé, aucun de ces professionnels de santé. Dans le cas d'une séance conseillée par un médecin, il est possible de repérer la séance au cours de laquelle ce conseil a été donné. Les épisodes de soins ont été définis à partir des 33 593 séances de médecins (y compris les urgences, et hors séances de radiothérapie, analyses médicales et radiologies) relevées pour 35 073 individus effectivement observés pendant deux mois, présents aux trois visites.

La construction des épisodes de soins

La construction des épisodes de soins a été effectuée en utilisant la méthodologie élaborée par Pascale Breuil-Genier, pour l'enquête de santé 1991-1992. Selon cette méthodologie, les épisodes de soins regroupent les recours médicaux d'un individu pour une maladie donnée ou liés par un renvoi explicite. De plus pour appartenir à un même épisode de soins, deux recours successifs ne doivent pas être trop éloignés dans le temps.

Chainage des séances

Les séances susceptibles d'appartenir à un même épisode de soins sont reliées deux à deux à l'aide d'un algorithme en 5 étapes. La première étape de chaînage consiste à lier deux séances si la seconde a été recommandée au cours de la première, celle-ci étant identifiée dans l'enquête. 11% des appariements concernent deux séances dont la seconde est conseillée par un confrère (un autre médecin) et 43%, deux séances dont la seconde est conseillée par le même médecin¹. La deuxième étape relie les séances consécutives consacrées à la même maladie avec un médecin de même spécialité (26% des appariements). Ensuite sont reliées les séances non consécutives consacrées à la même maladie avec un médecin de même spécialité correspondant à 2% des appariements (voir schéma). Au terme des 5 étapes, 8 737 enchaînements ont été constitués.

Condition de délai entre deux recours successifs d'un même épisode et traitement des épisodes censurés

Compte tenu de la durée d'observation de l'enquête (60 jours en moyenne), un délai maximal de quinze jours a été retenu pour que deux recours successifs appartiennent au même épisode de soins. Cet intervalle de 15 jours a déjà été retenu dans des études menées à l'étranger et en particulier dans les études de la Rand². L'étude menée précédemment sur l'enquête de santé 1991-1992 a montré qu'un délai de 30 jours, possible compte tenu de la durée d'enquête (12 semaines), modifiait peu les résultats concernant les déterminants des premiers et deuxième recours³.

Ainsi, la brièveté de la période d'enquête ne permet guère d'étudier le deuxième recours au-delà de 15 jours. Toutefois, l'allongement de ce délai à un mois ne modifierait pas les résultats ne serait-ce parce que 55% des « consommateurs » n'ont eu qu'une séance de médecin pendant l'enquête.

Les analyses portent sur les épisodes de soins des 35 073 individus présents aux trois visites d'enquêteurs.

Les statistiques sur les premiers recours des épisodes de soins concernent les épisodes de soins ayant débuté plus de quinze jours après le début de l'enquête, afin d'éviter d'observer des épisodes tronqués (20 037 épisodes de soins). Pour la même raison, les statistiques sur les seconds recours, portent sur les recours aux soins ayant débuté plus de quinze jours avant la fin de l'enquête (12 221 épisodes de soins).

la séance a été conseillée par un médecin (séance conseillère identifiée)	oui	11% 43%	par un confrère par ce médecin
	non		
la séance précédente concerne la même maladie et a lieu avec un médecin de même spécialité	oui	26%	
	non		
la 1 ^{re} séance antérieure est consacrée à la même maladie et a lieu avec un médecin de même spécialité	oui	2%	
	non		
séance antérieure consacrée à la même maladie séance recommandée par un confrère	oui	1%	
	non		
séance antérieure consacrée à la même maladie	oui	17%	

100%

nombre total d'appariements 8 737

nombre de séances 33 593

présents aux 3 visites

nombre d'épisodes de soins	28 218
avec un délai de 15 jours entre 2 recours	
ayant commencé plus de 15 jours après le début enquête	20 037
ayant commencé plus de 15 jours après le début enquête et plus de 15 jours avant la fin	12 221

Par ailleurs, pour les premiers recours ne sont pas pris en compte les épisodes commençant par une séance de médecin en urgence, pour les deuxièmes recours, les épisodes contenant une séance d'urgence au premier ou au deuxième recours.

1. Il s'agit d'une modification par rapport à l'enquête 1990-1991, où le lien entre une séance conseillée et une séance conseillère n'était possible que pour les séances conseillées par un autre médecin. Ce lien correspondait à l'algorithme « la séance a été recommandée par un confrère pendant l'enquête » et représentait 7% des appariements.

2. L'Health Insurance Experiment a permis de suivre les pathologies et consommations de ménages auxquels une police d'assurance avait été attribuée de manière aléatoire. La construction des épisodes de soins regroupant des consommations de soins liées à une maladie donnée était bâtie sur la base d'informations recueillies auprès de médecins traitants. KEESSEY J., KEELER E.B. et FOWLER W., 1985, the episodes of illness processing system, rand Corporation, N-1745-1-HHS.

3. Épisodes et filières de soins : une approche micro-économique à partir de l'enquête santé 1991-1992, BREUIL-GENIER Pascale, 1998, extrait du *Rapport de recherche*, n° 2/1996, financé par le Commissariat général du Plan.

E-3

Le recours aux soins dans l'enquête décennale de santé 2002-2003

répartition des individus
selon le nombre de séances

nombre de séances de médecin	en % des individus	en % des consommateurs
0	48 %	
1	28 %	55 %
2	14 %	27 %
3	5 %	10 %
4	2 %	4 %
5 et plus	2 %	4 %
Total	100 %	100 %

Total des séances y compris urgences

Champ : présents aux trois visites

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee

répartition des individus
selon le nombre d'épisodes de soins

nombre d'épisodes	
0	48 %
1	32 %
2	14 %
3 et plus	6 %
Total	100 %

Épisodes non bornés, y compris ceux comportant une séance d'urgence.

Champ : présents aux trois visites

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee

répartition des épisodes de soins
selon le nombre de séances

nombre de séances de médecin	
1	92 %
2	7 %
3 et plus	1 %
Total	100 %

Champ : épisodes de soins y compris ceux comportant une séance d'urgence, ayant commencé plus de 15 jours après le début de l'enquête et ayant fini plus de 15 jours avant la fin de l'enquête pour les individus présents aux trois visites.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee

Au cours des deux mois d'enquête, plus d'une personne sur deux (52%) a eu recours à un médecin. Parmi eux, plus de la moitié n'a consulté qu'un seul médecin. Au total, une personne sur quatre a eu recours à 2 médecins ou plus.

69% de ces séances s'adressent à un médecin généraliste, 13% à un spécialiste « à accès libre », 17% à un spécialiste « à accès réglementé » et moins de 2% aux urgences (à l'hôpital ou en clinique) ou bien à domicile (SAMU ou pompiers).

Au total une personne sur deux a connu au moins un épisode de soins médicaux, épisodes repérés en groupant les recours médicaux d'un individu pour une maladie donnée ou liés à une consultation explicite, et espacés de moins de 15 jours (encadré 2, la construction des épisodes de soins). Il s'agit de l'ensemble des épisodes, y compris les épisodes tronqués, c'est-à-dire ayant débuté avant le début de l'enquête ou s'achevant après la fin de l'enquête.

Chaque épisode de soins observé entièrement dans l'enquête comporte 1,1 séance de médecin, en moyenne. Ce nombre limité tient à la fois à la durée de la période observée (60 jours en moyenne) et à la nécessité de mesurer les épisodes « finis », ce qui conduit à exclure les épisodes les plus longs. De fait l'enquête décennale de santé se prête mal à l'observation des épisodes longs. Pour ces raisons l'analyse est centrée sur les premiers et deuxième recours.

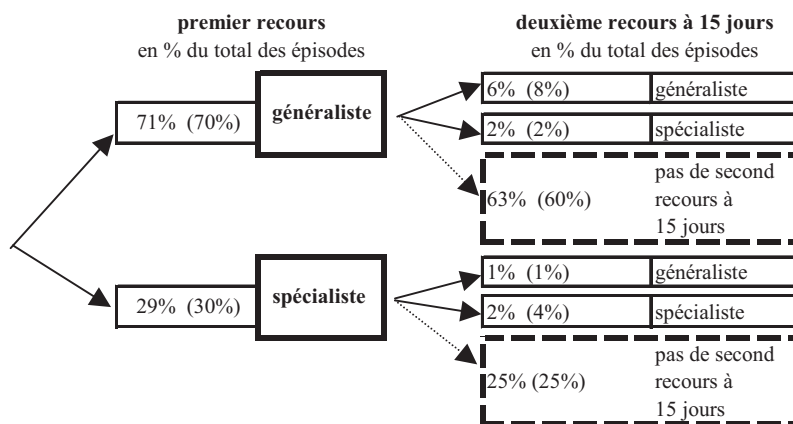
individus joue ainsi un rôle important sur le premier recours aux soins, l'absence d'assurance se traduisant par une propension moindre à débiter un épisode de soins⁹. Mais une fois la décision de consulter prise, le niveau d'assurance ne semble donc plus intervenir dans la trajectoire de soins suivie, qu'il s'agisse de la consultation d'un spécialiste de préférence à celle d'un généraliste ou de la longueur de l'épisode de soins. Ainsi, les dépenses annuelles de soins de ville, plus élevées chez les bénéficiaires d'assurance-maladie complémentaire pourraient s'expliquer par un nombre plus important d'épisodes de soins déclenchés au cours de l'année plutôt que par les caractéristiques de ces épisodes. ●

9. Selon l'étude précédente déjà citée (RAYNAUD, *Études et Résultats*, n° 378), le bénéfice d'une assurance complémentaire s'accompagne de dépenses annuelles de soins de ville supérieures de 30% à celles des personnes dépourvues d'assurance.

Les enquêtes santé 1991-1992 et 2002-2003 : comparaison des résultats

7 épisodes de soins sur 10 débutent par la consultation d'un généraliste, et seulement 2% sont constitués d'un enchaînement généraliste-spécialiste dans un délai de 15 jours, ces résultats sont stables d'une enquête à l'autre. Le taux de deuxième recours est cependant moins élevé en 2003.

premier et deuxième recours dans les épisodes de soins en 2003 (resp. en 1991)



Champ : épisodes de soins dont les recours successifs sont séparés d'au plus 15 jours ayant débuté plus de 15 jours après le début de l'enquête et plus de 15 jours avant la fin de l'enquête.

Source : Enquêtes décennales santé 1991-1992, 2002-2003, Insee

En 1991, comme en 2003, le premier recours aux soins est plus tourné vers le généraliste pour les hommes, et au-delà de 50 ans. Il est en revanche plus orienté vers le spécialiste, chez les cadres, quand le revenu et le niveau de diplôme s'élèvent. En 1991, le taux de second recours à 15 jours ne variait pas avec le statut socio-économique des patients. En 2003, la prise en compte de la distinction entre types de spécialistes fait apparaître, à la deuxième étape de la trajectoire de soins, un recours plus orienté vers les spécialistes à accès réglementé quand le diplôme et le revenu s'élèvent.

Au-delà du déclenchement d'un épisode de soins, plus fréquent pour les assurés, la couverture complémentaire n'a plus d'effet sur le contenu de l'épisode, en 1991 comme en 2003.

taux de recours au spécialiste au début d'un épisode de soins

en %	1991	2003
Sexe		
Homme	27	25
Femme	33	31
Catégorie sociale de la personne de référence		
agriculteur	20	20
artisan	31	29
cadre	43	39
profession intermédiaire	36	31
employé	31	29
ouvrier	24	24
Diplôme de la personne de référence		
cef-dfeo	23	22
bepc	36	28
cap, bep	29	28
bac technique	36	30
bac général	36	33
bac+2	46	38
> bac+2	46	41
Revenu annuel par unité de consommation		
< 8 039 €	23	22
8 039 à 10 429 €	30	26
10 429 à 13 471 €	29	26
13 471 à 17 817 €	38	30
17 817 à 28 246 €	39	33
> 28 246 €	47	39
Moyenne	30	29

Champ : épisodes de soins ayant commencé plus de 15 jours après le début de l'enquête

Source : Enquêtes décennales santé 1991-1992, 2002-2003, Insee

E•5

**La modélisation des épisodes de soins :
les régressions logistiques polytomiques non ordonnées**

À partir de la reconstruction des épisodes de soins, les trajectoires de soins des patients sont étudiés à travers les quatre points suivants :

- 1 Les individus enquêtés ont-ils débuté au moins un épisode de soins durant la période d'enquête ?
- 2 Au commencement d'un épisode de soins, quel type de médecin a été consulté (généraliste, spécialiste à accès libre, spécialiste à accès réglementé) ?
- 3 Y a-t-il eu un deuxième recours au médecin au sein d'un épisode de soins ?
- 4 S'il y a eu un deuxième recours, celui-ci était-il effectué auprès d'un médecin spécialiste¹ ?

Les déterminants des trajectoires sont étudiés à partir de six grandes catégories :

- démographiques : âge et sexe de l'individu ;
- motifs de santé : l'état de santé perçu, l'existence d'une maladie classée en affection de longue durée, donnant droit à une exonération du ticket modérateur ; le motif de la consultation : maladie, prévention obligatoire, prévention volontaire, vaccin, divers, le caractère incident de la maladie ayant motivé le recours ;
- caractéristiques sociales : catégorie sociale de la personne de référence du ménage, niveau de diplôme de celui-ci, revenu par unité de consommation du ménage ;
- couverture par une complémentaire (hors CMU, CMU et non couvert) ;
- conseils médicaux : la personne ayant conseillé le recours est un médecin (ce médecin, ou un autre médecin) ou bien ce recours n'est pas conseillé par un médecin ;
- offre de soins : deux indicateurs régionaux sont utilisés, la densité totale de médecins et le rapport du nombre de spécialistes au nombre de généralistes, qui est un indicateur relatif d'offre de médecine spécialisée.

Les modèles estimés dans les régressions sont des modèles logistiques simples pour les points 1, 3 et 4 pour lesquels les réponses possibles sont dichotomiques.

Pour le point 2, le patient démarrant un épisode de soins a le choix entre la consultation de trois types de médecins, sans qu'une hiérarchie ordinale puisse être établie entre chacun de ces choix. Un modèle logistique polytomique non ordonné est ainsi estimé pour analyser les déterminants du choix de l'individu au début de l'épisode de soins. L'estimation d'un tel modèle nécessite de choisir une référence parmi les alternatives possibles ; c'est ici la consultation d'un médecin généraliste. L'estimation de ce modèle se ramène alors à l'estimation de deux régressions logistiques simples, la première opposant le choix d'un spécialiste à accès libre et d'un généraliste, le deuxième opposant le choix d'un spécialiste à accès réglementé et d'un généraliste. La troisième opposition possible, entre les deux types de spécialistes, n'est pas estimée car elle se déduit des deux régressions précédentes. Les résultats des estimations s'interprètent alors par rapport à l'alternative qui a été choisie en référence. Par exemple, être exonéré du ticket modérateur (TM) en raison d'une affection de longue durée (ALD) conduit

à privilégier le généraliste par rapport au spécialiste à accès libre (odds ratio = 0,70), mais conduit à privilégier le spécialiste à accès réglementé par rapport au généraliste (odds ratio = 1,5).

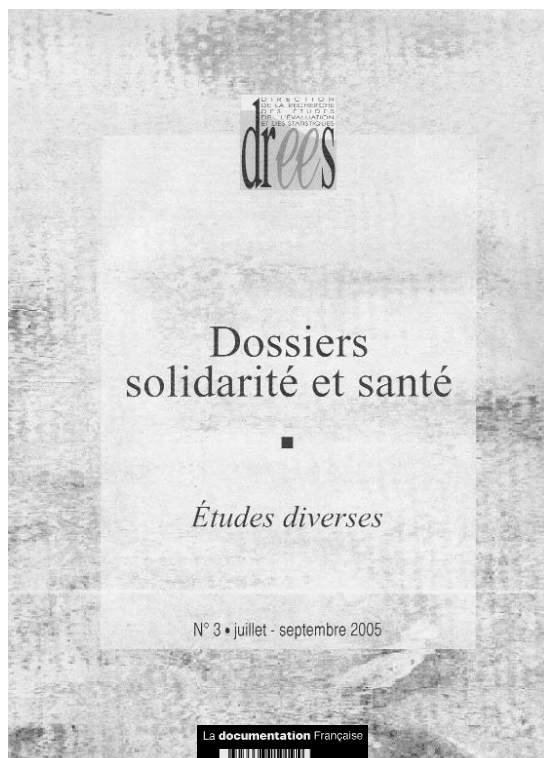
Effet de l'exonération pour ALD sur le type de premier recours aux soins

		spécialiste accès libre / généraliste	spécialiste accès réglementé / généraliste
		odds ratio	odds ratio
exonération du TM pour ALD	oui	0,7	1,5
	non	1,00	1,00

1. La taille de l'échantillon ne permet pas de faire la distinction entre spécialiste à accès libre et spécialiste à accès réglementé au niveau du deuxième recours.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

N° 3 JUILLET - SEPTEMBRE 2005



ÉTUDES DIVERSES

Prix : 11,20 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

12

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Études diverses
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003
N° 4, octobre-décembre 2004
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2004
- Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne :
avancement et perspectives
N° 2, avril-juin 2004

au sommaire de ce numéro

L'ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION RELATIVE AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DEPUIS 1980

Patrick HORUSITZKY

LES TRANSFORMATIONS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE ET LEURS INCIDENCES ÉCONOMIQUES

*Laurent CAUSSAT, Marie HENNION,
Patrick HORUSITZKY et Christian LOISY*

LES ENJEUX D'UNE MESURE DE LA PRODUCTIVITÉ HOSPITALIÈRE DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

*Hervé LELEU, Benoit DERVAUX,
avec la collaboration de Frédéric BOUSQUET*

UN PANORAMA DES MINIMA SOCIAUX EN EUROPE

*Patrick HORUSITZKY, Katia JULIENNE
et Michèle LELIÈVRE*

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 463 • février 2006

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Élisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •
Secrétaires de rédaction : Ezra DANIEL, Catherine DEMAISON • Mise en page : Thierry BETTY •
Impression : AIT du ministère de la Santé et des Solidarités
Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791