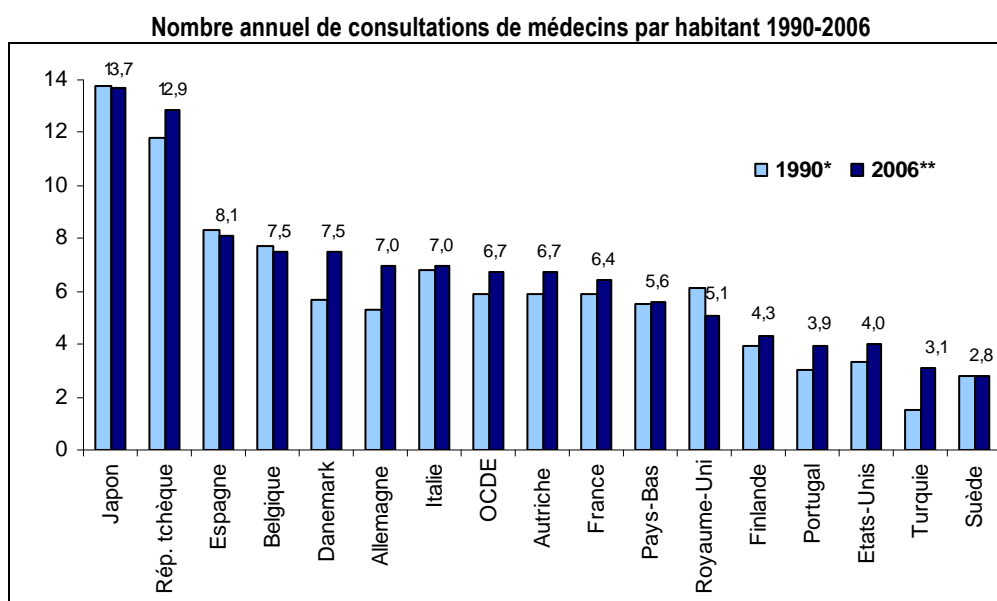


Indicateur n° 9 : Nombre de consultations de professionnels de santé par habitant.

1^{er} sous-indicateur : 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.



*sauf Allemagne, Italie : 1991 ; Espagne, Turquie : 1993 ; Etats-Unis, 1995.

**sauf Etats-Unis, Japon : 2005, Allemagne, Danemark, Turquie : 2004.

Source : Eco-Santé OCDE 2008, déc. 2008.

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. Les modes de rémunération des médecins ou encore la densité médicale sont d'autres déterminants du taux de consultations. Ainsi, les pays dans lesquels le paiement à l'acte est le principal mode de rémunération des médecins 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 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 8,1 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 2006, sauf au Royaume-Uni, au Japon, en Espagne et en Belgique où elles ont diminué, et aux Pays-Bas et en Suède où celles-ci sont restées stables. La moyenne des pays de l'OCDE est de 6,7 consultations par habitant. La France se situe en position moyenne avec 6,4 consultations par habitant en 2006, quoique la tendance récente soit orientée à la baisse (6,6 en 2005). On retrouve le Japon en tête des pays où les taux de consultation sont les plus élevés, avec en moyenne 13,7 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 4 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'enquête 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 Turquie (3,1) et la Suède (2,8) ont un niveau moyen de consultations par habitant plus faible que les Etats-Unis. La Turquie est cependant le pays qui enregistre le plus fort accroissement du nombre de consultations depuis 1990 en raison d'une amélioration de l'accès aux soins grâce notamment à l'augmentation de la densité de médecins sur la période. En revanche, en Suède, la faiblesse du taux de consultations est une des conséquences du rôle joué par les infirmiers qui assurent les premières consultations au sein des centres de santé pluridisciplinaires.

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 exerçant des soins ambulatoires 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) telles que les visites de liaison ou les visites d'allègement de planning qui servent à programmer de futurs soins à domicile ; les contacts par téléphone quand ceux-ci remplacent une première visite à domicile ou à l'hôpital et permettent une évaluation préliminaire pour des soins à domicile ; les visites à domicile.

Dans de nombreux pays, les données concernent uniquement les médecins généralistes, mais les spécialistes en font également partie dans certains cas. Les consultations de spécialistes libéraux ne sont pas prises en compte au Royaume-Uni. Les Pays-Bas excluent les consultations pour soins maternels et infantiles. De plus, le champ des consultations n'est pas rigoureusement identique. Au Danemark et aux Etats-Unis, les consultations par téléphone font également partie des données recueillies. Le Portugal et la Turquie excluent les visites aux médecins libéraux. Le nombre de consultations par assuré est donc un indicateur à prendre avec précaution, les écarts observés étant difficiles à interpréter.

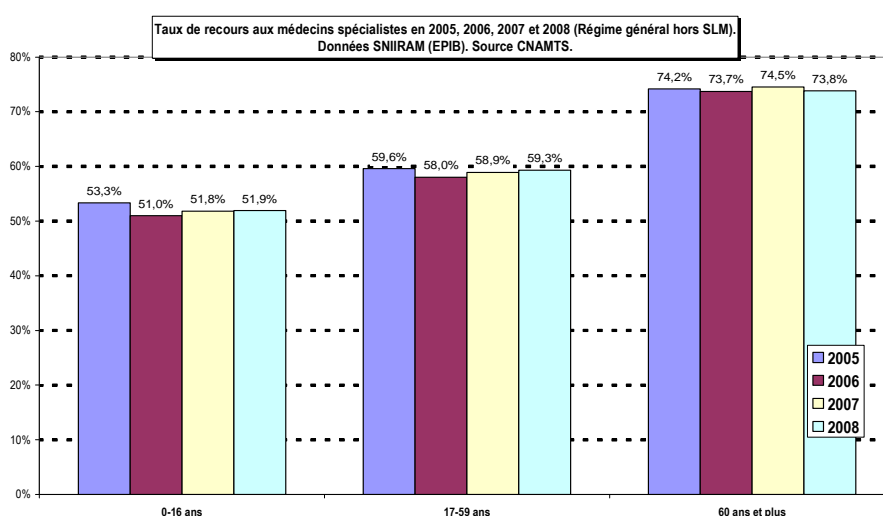
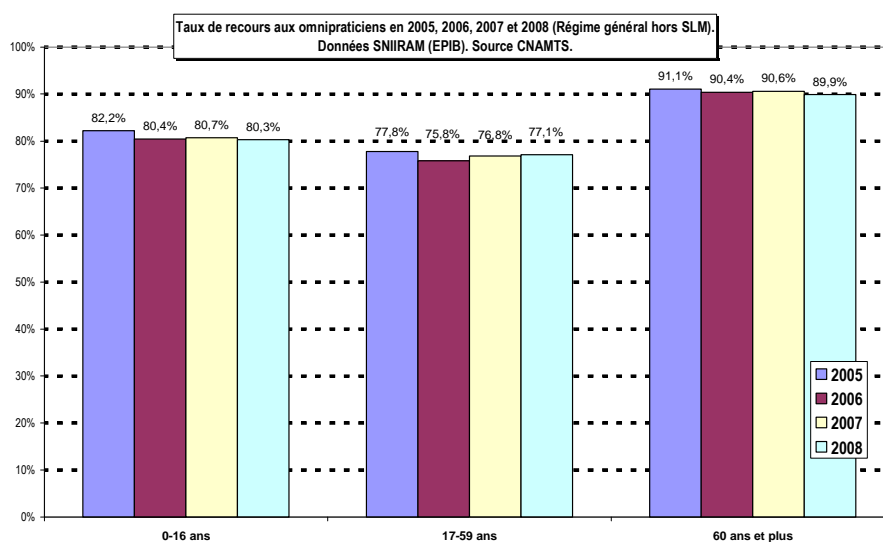
Il existe par ailleurs des biais statistiques liés à la source des données. Dans certains pays, les données portent sur les consultations par assuré tandis que dans d'autres, les données de consultation sont rapportées à la population totale. Par ailleurs, ces données peuvent provenir d'enquêtes nationales de santé (*National Health Interview Survey* aux Etats-Unis, Enquête santé en Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse), ou des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie (comme le GKV en Allemagne, l'INAMI en Belgique, la CNAM en France). Les estimations tirées d'enquêtes auprès des ménages sont en général plus faibles à cause du biais lié au recours à la mémoire des personnes interrogées et au taux de non réponse. De plus, 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.

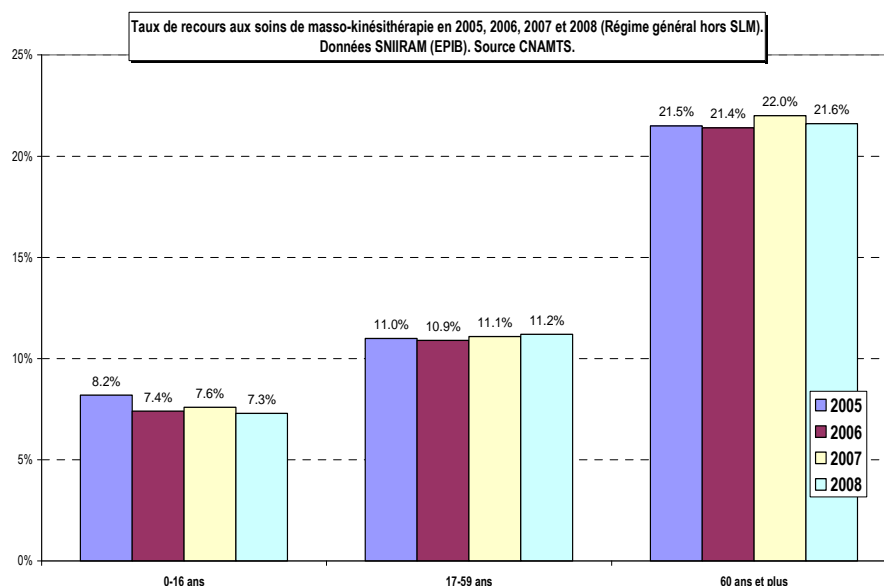
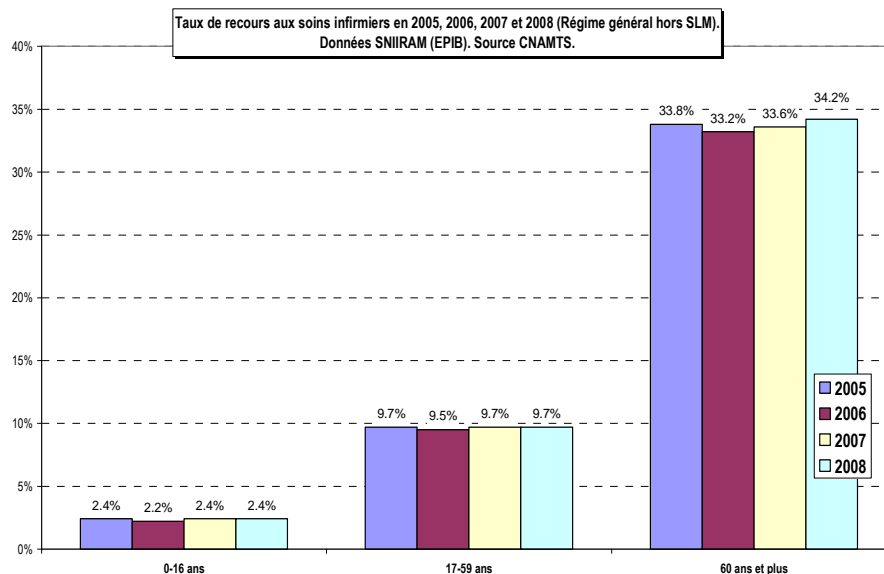
Pour plus de détails, se reporter à la publication de l'OCDE, *Panorama de la santé 2007*, p.68-69.

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

2^{ème} sous-indicateur : Taux de recours annuel aux soins par catégorie de professionnels (omnipraticiens, spécialistes, auxiliaires médicaux).

Entre 2007 et 2008, comme entre 2006 et 2007, le taux annuel de recours aux professionnels de santé libéraux (omnipraticiens, médecins spécialistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) mesuré par l'occurrence d'au moins un remboursement dans l'année, est resté très stable. Entre 2007 et 2008, cette stabilité est particulièrement nette sur les classes d'âge les plus jeunes (0-16 ans et 17-59 ans). Sur la classe d'âge des plus de 60 ans, on observe une légère diminution des taux de recours, sauf en ce qui concerne les soins infirmiers, pour lesquels on note au contraire une légère augmentation. Après 60 ans, 90 % des personnes consultent au moins une fois dans l'année un omnipraticien, et trois sur quatre au moins une fois un médecin spécialiste ; un tiers a recours aux soins infirmiers et un peu plus de 20 % a recours aux soins de masso-kinésithérapie.





Source : SNIRAM (EGB), CNAMTS. Les données portent sur le régime général hors sections locales mutualistes.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur 9 (2^{ème} sous-indicateur) :

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 « accidents du travail ou maladies professionnelles » 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, etc ; les SLM représentent, au 1^{er} janvier 2009, 12,9 % de la population protégée par le régime général. Elle couvre la France entière (DOM inclus).

Les dénombrements de personnes ayant eu recours aux soins étudiés sont calculés sur l'échantillon général des bénéficiaires (EGB). L'EGB 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 ERASME national V1 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 RNIAM (répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie). 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.

