



## Économie publique/Public economics

09 | 2001/3

Modélisation économique et réforme des systèmes de santé

---

# Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-92

Pascale Breuil-Genier

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/610>

ISSN : 1778-7440

### Éditeur

IDEP - Institut d'économie publique

### Édition imprimée

Date de publication : 15 juillet 2002

ISBN : 2-8041-3635-3

ISSN : 1373-8496

### Référence électronique

Pascale Breuil-Genier, « Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-92 », *Économie publique/Public economics* [En ligne], 09 | 2001/3, mis en ligne le 07 décembre 2005, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/610>

---

# économie publique public economics

Revue de l'**Institut d'Économie Publique**

Deux numéros par an

**n° 9** – 2001/3



© De Boeck & Larcier s.a., 2002  
Editions De Boeck Université  
Rue des Minimes 39, B-1000 Bruxelles

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal 2002/0074/241

ISSN 1373-8496  
ISBN 2-8041-3635-3

**économie**publique sur internet : [www.economie-publique.fr](http://www.economie-publique.fr)

© Institut d'économie publique – IDEP

Centre de la Vieille-Charité

2, rue de la Charité – F-13002 Marseille

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

La revue **économie**publique bénéficie du soutien du Conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

ISSN 1373-8496



# Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-92

Pascale Breuil-Genier\*

*Insee*

## 1 Introduction

Distinguer entre recours médicaux primaires (i.e. recours médicaux à l'initiative du patient) et recours médicaux secondaires (résultant de la confrontation des objectifs du patient et du médecin) permet une analyse originale des phénomènes d'aléa moral ou de demande induite (Wilensky et Rossiter, 1981). De plus, réfléchir à des réformes comme l'introduction d'un passage obligé par le généraliste rend souhaitable une meilleure connaissance des parcours dans le système de santé ambulatoire. Aussi, le Commissariat Général du Plan a-t-il financé une étude empirique portant sur la construction et l'analyse d'épisodes de soins à partir de l'enquête sur la Santé et les Soins médicaux 1991-92 de l'Insee. Dans cette étude, chaque épisode de soins se décompose en un premier recours médical suivi de recours secondaires, qui sont successivement analysés. Les principaux résultats de ces analyses ont été publiés dans Breuil-Genier (2000) et Breuil-Genier et Rupprecht (2000) :

- 30% des premiers recours médicaux d'un épisode de soins s'effectuent auprès d'un spécialiste, et cette proportion paraît, toutes

---

\* Cette étude a fait l'objet d'un financement du Commissariat Général du Plan. Elle n'engage que son auteur, et non l'institution à laquelle il appartient. L'auteur remercie le CREDES pour lui avoir permis d'utiliser les indicateurs de risque vital et d'invalidité construits à partir des informations contenues dans l'enquête Santé.

Insee, 18 bd A. Pinard, 75675 PARIS, pascale.breuil@insee.fr

choses égales par ailleurs, peu liée à la possession d'une assurance complémentaire maladie. Elle est en revanche fortement dépendante du motif de consultation, du diplôme du chef de ménage ou du revenu.

- Dans 17% des cas, un deuxième recours médical pour la même maladie a lieu dans les quinze jours suivant le premier recours. Ce recours a très majoritairement lieu chez un médecin de même spécialité (les cas de renvoi du généraliste vers le spécialiste sont très peu fréquents). Et la probabilité de deuxième recours ne dépend ni de la couverture assurantielle en cas de maladie, ni de la densité médicale.

Le fait de posséder une complémentaire maladie influencerait donc la probabilité d'initier un épisode de soins (et donc le nombre d'épisodes de soins), plus que la composition ou la longueur (nombre de recours médicaux) de ces épisodes de soins. Bien sûr, il est utile de se demander dans quelle mesure ces résultats peuvent dépendre de la manière dont les épisodes de soins ont été construits. C'est le principal objet de cet article. Nous discutons les hypothèses qui ont été retenues pour construire les épisodes et proposons des éléments d'évaluation de leur influence sur les résultats. Enfin, dans un second temps, nous présenterons quelques résultats portant sur les prescriptions au cours des épisodes de soins.

Avant de discuter les choix méthodologiques effectués, rappelons que peu de travaux empiriques ont été menés en France ou à l'étranger sur les épisodes de soins en population générale (ce qui s'explique sans doute par le manque de données), et qu'il n'existe donc pas de cadre méthodologique « standard » pour construire ces épisodes. Le travail mené par la Rand aux États-Unis au cours des huit années de l'Health Insurance Experiment est toutefois une référence utile : dans cette expérience, qui avait pour objet de suivre les pathologies et consommations de soins de ménages auxquels une police d'assurance avait été attribuée de manière aléatoire de manière à s'affranchir des effets d'antisélection, la reconstitution des épisodes de soins était effectuée à l'aide d'informations recueillies auprès des médecins traitants. La définition des épisodes utilisée par la Rand ne pouvait toutefois être transposée telle quelle au cas français. D'abord, parce que nous disposons de données de nature assez différente (déclarations des patients et non des médecins), mais également parce que les chercheurs de la Rand n'avait pas la même optique que nous. En effet, un de leurs principaux objectifs était d'estimer des anticipations de dépenses annuelles, afin d'étudier les comportements de consommations de soins en présence de franchises d'assurance (i.e. de dépenses maximales annuelles à la charge du patient) : observe-t-on une phase de « rattrapage » de la consommation médicale une fois que la franchise annuelle est dépassée ? Les agents modifient-ils leurs comportements présents lorsqu'ils anticipent que leur consommation de l'année dépassera la franchise ? À l'inverse, le principal objectif de notre projet en matière de réforme est d'évaluer l'impact d'un passage obligé par le généraliste, d'où l'accent

mis sur les recours auprès de médecins dans notre étude (et non sur les dépenses, dont nous ne disposons d'ailleurs pas à un niveau de détail suffisant pour les éclater entre épisodes de soins). Les résultats de l'étude américaine n'ont pas confirmé les intuitions théoriques qui l'avaient fondée : le rattrapage de consommation est très faible (la consommation après saturation de la franchise reste inférieure à celle des individus assurés à 100dépassement de la franchise sont encore plus faibles. Cette étude concluait également que le niveau de couverture assurantielle influençait le nombre d'épisodes de soins dans lesquels l'individu s'engageait, mais non la dépense moyenne par épisode de soins. Sans prétendre comparer les travaux menés par la Rand aux nôtres (nous ne disposons ni d'une expérience contrôlée, ni des moyens des chercheurs de la Rand), il est intéressant d'observer que dans les deux cas, l'assurance influence le nombre d'épisodes de soins plus que le contenu de ces derniers.

## **2 Définir des épisodes de soins**

### **2.1 L'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-92**

L'édition 1991-92 de l'enquête sur la Santé et les soins médicaux de l'Insee contient pour la première fois des questions explicites sur les liens entre les différents recours aux soins : pour chaque séance de médecin ou de dentiste, l'enquêté devait en particulier déclarer quelle était la personne à l'origine de la décision de recours (lui-même, le même médecin, un autre médecin...), et les types de prescriptions auxquels cette séance avait donné lieu (autre séance de médecin...). Ces informations s'ajoutent à la description traditionnelle de la séance (date, lieu, type de praticien rencontré, contenu de la séance de soins et sommes déboursées) et au relevé de la (ou des) maladies motivant le recours.

Compte tenu de la richesse de l'information obtenue par l'enquête, plusieurs définitions alternatives des épisodes de soins ont pu être envisagées. Nous avons finalement privilégié l'information sur la maladie : deux séances de médecin sont supposées faire partie du même épisode de soins si elles sont consacrées à la même maladie, et ne sont pas trop éloignées dans le temps. Nous exposons ci-dessous les arguments qui nous ont amenés à faire ce choix, avant de discuter la nécessité (et l'impact) d'une introduction d'une condition de délai maximal entre deux recours médicaux successifs d'un même épisode.

## 2.2 Des épisodes de soins centrés sur les pathologies

L'idée qui semble la plus naturelle pour définir un « épisode de soins » est de regrouper l'ensemble des consommations médicales consacrées à la même pathologie (ou au même motif de recours aux soins<sup>1</sup>). En effet, d'un point de vue de « santé publique », on souhaiterait pouvoir étudier les recours aux médecins selon les maladies, plus que les démarches des patients – spontanées ou prescrites – dans ces recours aux médecins. La priorité accordée à la maladie se justifie d'autant plus dans notre cas que les indications sur les personnes ayant motivé le recours sont déclaratives, et sans doute assez subjectives.

Reconstituer des parcours centrés sur des pathologies soulève au moins deux difficultés théoriques, dont seule la seconde a pu faire l'objet d'une analyse empirique sur l'enquête Santé :

- La première est celle de la définition des recours relevant d'une même pathologie. Comment faut-il par exemple analyser les recours liés à une maladie intercurrente qui se déclare chez une personne affaiblie par une pathologie grave ? La maladie intercurrente doit-elle être considérée comme une conséquence de cette pathologie grave, auquel cas les consommations auxquelles elle donne lieu relèvent du même épisode de soins que celles visant à traiter la pathologie grave ? Ou faut-il considérer que cette maladie intercurrente constitue un épisode de soins autonome ? Le choix de rattacher ou non une consommation de soins à un épisode précédent relève largement de l'appréciation médicale, et peut souvent être discuté. Ce choix pourrait d'ailleurs poser problème dans le cadre d'une réforme de passage obligé par le généraliste, si l'on souhaitait n'imposer le passage préalable chez le généraliste que pour les « nouveaux épisodes pathologiques » et non de manière systématique. La question de savoir s'il faut fusionner deux épisodes de soins consacrés à deux maladies liées a toutefois peu d'implication pratique pour la présente étude, car on ne sait pas dans quelle mesure les différentes maladies déclarées sont liées<sup>2</sup>. Pour déterminer à partir de l'enquête si deux consommations sont relatives à la même maladie, on ne peut que s'appuyer sur les déclarations de l'enquêté : pour chaque recours au soin, ce dernier désigne (en clair) la maladie qui l'a motivé. Et c'est sur cette indication (qui peut éventuellement être corrigée par les médecins au vu des documents d'enquête<sup>3</sup>) que se base la construction des épisodes de soins.

---

<sup>1</sup> En effet, tous les motifs de recours aux soins ne correspondent pas à une pathologie : certains recours sont consacrés à de la prévention, d'autres ont pour objet l'établissement de certificats médicaux... Dans cette étude, le terme de « pathologie » devra donc être entendu dans le sens plus large de « motif de recours aux soins ».

<sup>2</sup> Pour le savoir, il faudrait demander à un médecin d'analyser les pathologies déclarées par chaque individu, afin de déterminer dans quelle mesure certaines d'entre elles sont liées.

<sup>3</sup> et notamment de la liste des pathologies déclarées par l'individu, de la description du contenu de la séance de soins ou des prescriptions auxquelles elle a donné lieu.



- La seconde difficulté liée à la définition d'épisodes par pathologie est le traitement des recours liés à plusieurs pathologies. En effet, une même séance de médecin ou de dentiste peut être consacrée à plusieurs maladies. Cela peut rendre très compliqué le rattachement de consommations médicales à des épisodes dans des cas où, par exemple, une première consultation est consacrée aux maladies A et B, une deuxième aux maladies B et C, et une troisième à la maladie B. Dans ce type de situation, la Rand a considéré qu'il y avait trois épisodes (un pour chaque maladie), et a réparti le coût des consultations entre ces différents épisodes. Dans notre étude, centrée sur la succession des recours plus que sur les dépenses, ce parti pris n'avait pas grand sens : chaque recours ne peut être affecté qu'à un épisode de soins et un seul (le premier motif de recours étant privilégié par rapport au second lorsque les deux ont déjà été déclarés au cours de consommations passées)<sup>4</sup>. Au final, 96,5% des ensembles de soins reconstitués ont toujours la même maladie en premier motif, 3,3% en ont deux et 0,1%, davantage. Le fait que ces cas restent marginaux indique que, dans l'enquête, la présence de motifs de recours secondaires n'est pas un obstacle à la construction d'épisodes de soins.

### 2.3 Un choix alternatif non retenu : l'exploitation des liens explicites entre consommations de soins

Une autre voie de construction des épisodes de soins aurait pu être explorée, consistant à ne regrouper les recours aux soins au sein d'un même épisode que lorsqu'il y a un lien explicite entre eux (renvoi vers un autre médecin, prescription). Cette approche a été privilégiée par les chercheurs de la Rand qui disposent des liens entre les différentes consommations *déclarés par les médecins traitants*. Il s'est avéré que les informations contenues dans l'enquête Santé ne permettaient pas de la mettre en œuvre de manière valable. En effet, parmi les liens entre séances reconstitués par une approche par pathologie<sup>5</sup> :

<sup>4</sup> Dans l'enquête, un ou deux motifs de recours aux soins peuvent être déclarés et deux motifs sont effectivement fournis pour 15% des séances de médecins ou de dentiste. Pour la construction des épisodes, le choix a été de permettre le chaînage de deux recours si le premier motif de consultation de la séance conseillée correspond à l'un quelconque des deux motifs de recours des séances antérieures. Comme dans 77% des cas, les seconds motifs ne sont jamais mentionnés comme premier motif de recours pour une autre séance de dentiste ou de médecin de la personne, ils n'interviennent donc pas dans la construction des épisodes de soins. Les cas de déclarations de deux motifs sont souvent des cas où la personne déclare pour un certain nombre de recours deux maladies, qui sont toujours les mêmes (et qui sont liées l'une à l'autre), et sont toujours déclarées dans le même ordre (en premier la plus importante, et en second, celle qui peut être considérée comme une conséquence de la première).

<sup>5</sup> Il s'agit des 11 436 liens entre groupes de séances reconstitués au terme des étapes 0 à 4 de l'algorithme qui sera décrit plus loin. Ces liens ne tiennent pas compte des conditions de délais entre les recours consécutifs d'un même épisode. Pour chaque lien entre deux séances,

- dans 33% des cas, la deuxième séance est déclarée comme relevant de l'initiative du patient (contre 56% pour l'ensemble des séances); dans 57% des cas, son initiative est attribuée au médecin consulté lors de la première séance (contre 37% en moyenne), et dans 8% des cas, à un autre médecin (contre 3% en moyenne). On est donc loin de trouver que les deuxièmes séances sont toutes recommandées par un médecin ! Mais cela est peut être lié à l'ambiguïté de la question sur la personne à l'initiative de la séance : par exemple, comment cette variable est-elle renseignée si le médecin déclare : « Revenez-me voir si votre état rechute » ? Est-ce alors le médecin, ou le patient, qui décide de retourner voir le médecin en fonction de son état de santé, qui doit être considéré comme étant à l'origine du recours ?
- 6% seulement des deuxièmes séances ont été annoncées lors de la première séance. Ce chiffre, très faible, doit cependant être relativisé par comparaison avec le chiffre que l'on obtient sur l'ensemble des séances (une séance ultérieure n'est annoncée que pour 2% des séances). Ce chiffre confirme que l'information sur les annonces de séances ne paraît pas suffisamment fiable dans l'enquête Santé pour être utilisée dans la construction des filières<sup>6</sup>.

Il y a un seul cas où le lien entre deux séances médicales apparaît réellement exploitable dans l'enquête : cela ne concerne que les renvois vers un confrère, qui sont explicitement décrits dans l'enquête (avec désignation de la séance « conseillère » et de la séance « conseillée »). Dans ce cas, nous avons choisi d'inclure les séances « conseilleuses » et « conseillées » au sein du même épisode, pour deux raisons :

- en premier lieu, notre optique étant d'étudier les ruptures de filières (changement de médecin), il était important de ne pas sous-estimer le passage d'un médecin à un autre;
- en second lieu, nous avons jugé que, dans de telles situations, l'indication sur les maladies était peut-être moins exploitable (par exemple, dans le cas où le premier médecin formule une hypothèse de diagnostic, et adresse le patient à un confrère qui modifie ou précise le diagnostic, ce qui se traduit par deux maladies différentes). En pratique, toutefois, dans la grande majorité des cas de renvoi explicite, la maladie déclarée est la même pour la séance « conseillère » et pour la séance « conseillée ».

Pour résumer, la construction des épisodes de soins se base essentiellement sur la maladie ayant motivé le recours : ne sont susceptibles d'appartenir au même épisode de soins que les consommations médicales concernant la même maladie, sauf dans le cas où il y a rup-

---

on appelle première séance la plus ancienne des deux, et deuxième séance celle qui la suit, même si ces séances ont été précédées par d'autres consacrées à la même maladie.

<sup>6</sup> Même lorsqu'une séance chez un autre médecin est déclarée recommandée au cours d'une séance de médecin, il est fréquent que l'enquêté omette de mentionner « une consultation chez un autre médecin » parmi les prescriptions ou les conseils délivrés par le médecin lors de la première séance.

ture de filière (renvoi vers un autre médecin). La hiérarchie entre les différentes règles de décision est décrite par un algorithme (encadré 1). Dans l'approche de la Rand, la hiérarchie entre ces différentes règles était plutôt inversée : les épisodes de soins sont en général définis à partir des indications fournies par les praticiens (qui doivent indiquer sur des formulaires à quel épisode les actes qu'ils effectuent doivent être reliés), ou, par défaut, en fonction d'un algorithme du type de celui que nous avons employé (par exemple, pour les soins aigus<sup>7</sup>, les consultations doivent être espacées de moins de 16 jours et, soit porter sur le même diagnostic, soit avoir lieu chez le même médecin) (Keeler, Buchanan, Rolph, Hanley, Reboussin, 1988; Buchanan, Keeler, Rolph, Holmer, 1991).

Remarquons qu'il est peut vraisemblable qu'une modification de l'algorithme de construction des épisodes puisse conduire à allonger de manière notable ces derniers. En effet, à titre de test, a été ajoutée une possibilité de rattachement d'une consommation à un épisode, basée uniquement sur le fait que la personne avait déjà vu un praticien de même spécialité au cours de l'épisode considéré (pour une autre maladie). Ajouter cette possibilité n'augmente que de 8% environ le nombre de recours secondaires potentiels.

Au total, regrouper les consommations médicales dans des épisodes consiste à trouver le juste milieu entre deux visions extrêmes :

- Toutes les pathologies d'un individu sont liées (il n'y a qu'un seul problème, qui est un mauvais état de santé, et dont les manifestations prennent diverses formes). Ce point de vue est sans doute particulièrement défendable pour les personnes très âgées. Dans cette approche, chaque personne ne connaîtrait qu'un épisode de soins.
- À l'autre extrême, on peut considérer que, sauf cas de nomadisme, une personne ne va jamais voir deux fois le médecin pour exactement le même motif. Si elle retourne voir le médecin après une grippe, elle ne va plus le voir pour cette grippe, mais pour une éventuelle rechute de cette grippe. Chaque recours constitue donc un épisode à lui tout seul.

## **2.4 Conséquences sur une éventuelle définition d'un passage obligé par les généralistes**

En pratique, pourrait-on introduire un passage obligé par le généraliste basé sur la maladie ? Cela serait dans la logique d'une analyse par épisodes de soins, si l'on admet qu'une fois que le patient a été adressé

---

<sup>7</sup> Dans le détail, plusieurs types d'épisodes de soins sont distingués : dentaires, hospitaliers, liés à une maladie aiguë traitée en ambulatoire, à une maladie chronique traitée en ambulatoire et soins de confort (Keeseey, Keeler, Fowler, 1985).

à un spécialiste, le suivi doit être assuré par ce dernier<sup>8</sup> (il serait inefficace de lui demander de revenir voir le médecin généraliste avant chaque séance de spécialiste, si l'on sait pertinemment que celui-ci ne peut que le renvoyer sur le spécialiste). Mais est-ce opérationnel ? Autoriser le patient à revenir voir directement le spécialiste pour une maladie pour laquelle il l'a déjà vu, c'est renoncer à réguler l'accès au spécialiste dans la majorité des cas. En effet, dès que le patient a déjà vu le spécialiste, il pourra toujours prétendre qu'il va le consulter de nouveau pour le même motif, sans risque d'être démenti par son médecin. Renoncer à un passage obligé par le médecin généraliste centré sur la maladie est sans doute inévitable si l'on désire conférer une certaine opposabilité à une réforme de ce type. Quel pourrait alors être le système ? Un bon établi par le médecin généraliste donnant droit à une visite de spécialiste dans un délai donné ? Ce serait alors privilégier les impératifs de régulation sur la souplesse du système, sans garantie d'amélioration de la santé ou de diminution des coûts.

## **2.5 Introduction d'une condition de délai maximal entre deux recours successifs**

Notre construction des épisodes de soins repose également sur une condition de délai maximal entre deux recours médicaux consécutifs d'un même épisode. Ce critère de délai est utilisé de manière plus ou moins systématique dans les études menées à l'étranger (comme l'étude de la Rand ou celle de Van der Gaag, Wolfe, 1991), pour des raisons éventuellement légèrement différentes. Le principal objectif des travaux de la Rand étant de reconstituer des anticipations de dépenses annuelles, toutes les dépenses de santé relatives à un épisode sont datées du premier jour où elles pouvaient être prévisibles, c'est-à-dire au plus tôt au premier janvier de l'année en cours (par exemple, les dépenses liées à la maternité sont toutes datées de la première visite prénatale), indépendamment des délais entre les différents recours. Un épisode de soins ne peut donc durer plus d'un an. L'objectif de notre projet étant de décrire les parcours dans le système de soins ambulatoire, et non les anticipations de dépenses sur un an, la référence à l'année civile ne se justifiait pas. Mais l'introduction d'une condition de délai entre deux recours successifs d'un même épisode apparaît difficilement évitable (sinon certains épisodes risqueraient de durer toute une vie) :

---

<sup>8</sup> Bien sûr, on peut contester le fait que le spécialiste puisse convoquer une nouvelle fois le patient : on pourrait voir le spécialiste comme un expert auquel le médecin généraliste pourrait faire appel pour des diagnostics complexes, le généraliste restant responsable de la prescription du traitement (sur les conseils du spécialiste) et du suivi du malade. Cette option est bien sûr défendable dans son principe mais elle imposerait une diminution drastique du nombre de spécialistes, et est donc, de ce fait, sans doute peu réaliste.

- D'un point de vue technique, une telle condition semble adaptée à une base de données portant sur une période limitée telle que l'enquête Santé, même si des éléments de l'enquête pourraient éventuellement fournir une indication sur la date de début de la pathologie<sup>9</sup>. Compte tenu de la relative brièveté de cette enquête (3 mois), un délai relativement court (15 jours) a été retenu, mais dans la mesure du possible, l'incidence de ce choix sur les résultats a été évaluée (cf. ci-dessous, encadré 2 et Breuil-Genier, 1998b).
- Imposer un délai maximum de quinze jours entre deux recours médicaux successifs d'un épisode permet également de disposer d'un critère pour repérer les épisodes « censurés ». Ainsi, seront considérés comme étant observés entièrement dans l'enquête, les épisodes débutant plus de quinze jours après le premier passage de l'enquêteur et ne donnant plus lieu à un recours médical dans les quinze jours précédant le dernier passage de l'enquêteur.

---

**Encadré 1 – Construire des épisodes de soins centrés sur les pathologies à partir de l'Enquête sur la Santé et les soins médicaux 1991-92 de l'Insee**

***L'enquête sur la Santé et les Soins médicaux***

*L'enquête sur la Santé et les Soins médicaux réalisée par l'Insee en 1991-1992 fournit des informations permettant de construire des épisodes de soins de médecine de ville pour environ 21 000 individus (Mormiche, Urbaniak, 1994). Ces informations sont collectées lors de cinq visites de l'enquêteur au domicile du ménage enquêté. À chacune des quatre dernières visites, espacées de trois semaines, l'enquêteur s'appuie sur le carnet de soins rempli par le ménage pour retranscrire et détailler les consommations médicales de la période écoulée. En théorie, l'enquête Santé dure donc environ 12 semaines (84 jours). Toutefois, cette durée théorique varie en fonction des ménages enquêtés. Seuls les ménages n'ayant pas interrompu leur participation à l'enquête avant la deuxième visite de l'enquêteur ont été conservés dans l'étude. La longueur moyenne de l'enquête est alors de 82 jours, et 82,3% des individus ont participé à l'enquête entre 80 et 89 jours.*

***Une construction des épisodes en deux étapes***

*Les épisodes de soins ont été construits en s'appuyant pour l'essentiel sur les pathologies déclarées lors des recours aux soins. La première étape de cette construction, décrite dans cet encadré, consiste à regrouper les consommations susceptibles d'appartenir au même épisode de soins. Ce chaînage des recours aux soins s'effectue en deux temps :*

- chaînage des séances de médecins ou de dentistes, principalement sur la base des pathologies déclarées,

---

<sup>9</sup> Ces informations sont toutefois difficilement exploitables (Breuil-Genier, 1998).

– rattachement des prescriptions aux séances de médecins ou de dentistes au cours desquelles elles ont été établies.

Au terme de cette première étape de chaînage, on obtient donc des « ensembles de consommations » susceptibles de constituer des épisodes de soins. Les épisodes « définitifs » s'obtiennent à partir de ces ensembles de consommation après application de critères supplémentaires sur les délais maximaux entre recours médicaux consécutifs d'un même épisode.

### **Chaînage des séances de dentiste et de médecin**

L'essentiel du travail de construction des épisodes consiste donc à chaîner les séances de médecins ou de dentiste susceptibles d'appartenir à un même épisode de soins. En effet, le lien éventuel entre deux séances de médecins n'est codé explicitement dans l'enquête que lorsqu'un médecin adresse le patient à un de ses confrères. Ce cas constitue la première étape de l'algorithme de chaînage des séances (schéma), et représente 7% des appariements finalement constitués. Ensuite, l'algorithme établit un lien entre les séances consécutives consacrées à la même maladie avec un médecin de même spécialité (54% des appariements potentiels). Puis il chaîne les séances non consécutives consacrées à la même maladie et ayant lieu avec le même médecin, à condition qu'elles ne soient pas séparées par une autre consultation avec ce médecin ou par une autre consultation consacrée à cette maladie (cas, par exemple, d'alternance pour un même individu de séances de dentistes pour une maladie A et de séances de médecins pour une maladie B).

Enfin, la dernière règle consiste à associer une séance conseillée par le même médecin à une séance avec un médecin de même spécialité mais consacrée à une autre maladie (8%).

### **Suppression des liens jugés trop peu fiables et exclusion des épisodes dentaires**

Au terme de ces 6 étapes, 12 485 enchaînements potentiels ont été constitués, sur un total de 33 796 groupes de séances. Toutefois, la dernière règle de chaînage, parce qu'elle ne tenait pas compte de la pathologie, a été jugée trop peu fiable pour pouvoir être conservée. Les 8% de liens qui avaient été obtenus à cette étape n'ont donc pas été retenus par la suite.

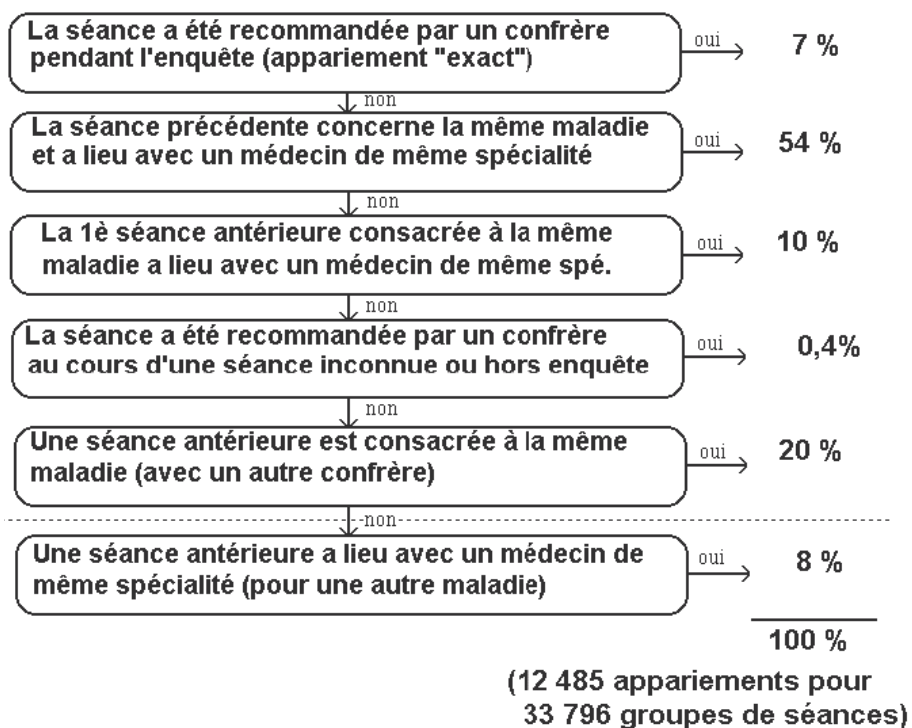
Par ailleurs, les analyses effectuées dans la suite de l'étude porteront en général sur les seuls épisodes de soins médicaux. Les épisodes de soins contenant des consommations dentaires (qui ont été chaînées en même temps que les consommations médicales) seront alors exclus pour la réalisation de ces analyses (cela représente environ 12% des ensembles de consommation reconstitués).

### **Rattachement des prescriptions aux séances de médecins**

La dernière phase de constitution des épisodes de soins, avant application du délai maximum entre deux recours consécutifs, consiste à relier les prescriptions aux séances prescriptrices. Pour chaque prescription, la

*séance prescriptrice est en fait identifiée avec précision dans l'enquête, si bien qu'aucune hypothèse particulière n'a dû être utilisée dans cette partie de travail. Dans cette approche, des prescriptions « isolées », c'est-à-dire des prescriptions qui n'ont pas été conseillées ou prescrites lors d'un recours médical, n'appartiennent donc à aucun épisode de soins (il s'agit en général de consommations pharmaceutiques en lien avec une maladie qui n'a pas donné lieu à recours médical pendant l'enquête).*

**Schéma 1 – Algorithme de chaînage des groupes de séances de médecin ou de dentiste**



**Encadré 2 – Incidence de l'introduction d'un délai maximal entre les recours successifs d'un même épisode sur les taux de deuxième recours**

*En se basant sur les ensembles de soins (construits sans condition de délai entre recours successifs), on peut estimer à environ 14% le taux de deuxième recours à 15 jours (Cf. tableau 1).<sup>10</sup>*

<sup>10</sup> Ce taux de deuxième recours obtenu sur les « ensembles de soins » ne correspond pas exactement au taux de deuxième recours calculé sur les épisodes de soins.

**Tableau E. 1 – Taux de deuxième recours à 15 jours en fonction du type de premier recours**

premier \ deuxième recours	généraliste	spécialiste	médecin
généraliste	10,9%	3,1%	14,0%
spécialiste	2,9%	9,6%	12,4%
médecin	8,6%	5,0%	13,6%

N.B. - Ces chiffres portent sur les "ensembles de soins" (construits sans condition de délai), commençant plus de 15 jours après le début d'enquête

- Les probabilités de recours en fonction du temps sont calculées sur les seules observations pour lesquelles l'enquête n'est pas finie après le délai considéré
- Le premier jour est celui du premier recours

Les taux de deuxième recours augmentent de 3 à 4 points par semaine supplémentaire. Toutefois, quel que soit le laps de temps considéré, on note que les taux de renvoi à un confrère restent faibles : au bout de deux mois, ils sont encore inférieurs à 6% pour les généralistes comme pour les spécialistes (Cf. Tableau E.1). Par ailleurs, lorsqu'un renvoi vers un confrère a lieu, il se produit en général assez rapidement (dans les quinze premiers jours dans la moitié des cas environ).

**Tableau E. 2 – Taux de deuxième recours en fonction du temps écoulé après un premier recours chez le généraliste et chez le spécialiste**

Première séance : généraliste taux de deuxième recours selon le type de deuxième recours et le délai en semaines après le premier	taux de recours cumulés			taux de recours incrémentaux			nb obs.
	généraliste	spécialiste	total	généraliste	spécialiste	total	
1 (entre le 1er et le 7ème jour)	5,4%	1,9%	7,2%	5,4%	1,9%	7,2%	9 368
2 (entre le 8ème et le 14ème jour)	9,7%	2,8%	12,6%	4,4%	1,0%	5,3%	8 486
3 (entre le 15ème et le 21ème jour)	12,5%	3,5%	16,1%	2,8%	0,7%	3,5%	7 618
4 (entre le 22ème et le 28ème jour)	15,0%	3,9%	18,9%	2,5%	0,4%	2,9%	6 734
5 (entre le 29ème et le 35ème jour)	19,8%	4,1%	23,9%	4,7%	0,2%	4,9%	5 836
6 (entre le 36ème et le 42ème jour)	23,0%	4,7%	27,7%	3,2%	0,6%	3,8%	4 929
7 (entre le 43ème et le 49ème jour)	25,8%	4,9%	30,7%	2,9%	0,2%	3,1%	3 758
8 (entre le 50ème et le 56ème jour)	29,4%	5,9%	35,3%	3,6%	1,0%	4,5%	2 608
9 (entre le 57ème et le 64ème jour)	33,1%	5,5%	38,5%	3,6%	-0,4%	3,3%	1 552

Première séance : spécialiste taux de deuxième recours selon le type de deuxième recours et le délai en semaines après le premier	taux de recours cumulés			taux de recours incrémentaux			nb obs.
	généraliste	spécialiste	total	généraliste	spécialiste	total	
1 (entre le 1er et le 7ème jour)	1,6%	3,2%	4,8%	1,6%	3,2%	4,8%	3 815
2 (entre le 8ème et le 14ème jour)	2,5%	7,5%	10,0%	1,0%	4,2%	5,2%	3 443
3 (entre le 15ème et le 21ème jour)	3,3%	11,8%	15,1%	0,8%	4,3%	5,1%	3 035
4 (entre le 22ème et le 28ème jour)	4,0%	14,3%	18,3%	0,7%	2,5%	3,2%	2 656
5 (entre le 29ème et le 35ème jour)	4,7%	18,0%	22,7%	0,7%	3,7%	4,4%	2 313
6 (entre le 36ème et le 42ème jour)	5,0%	21,3%	26,3%	0,4%	3,2%	3,6%	1 946
7 (entre le 43ème et le 49ème jour)	5,3%	23,6%	29,0%	0,3%	2,3%	2,6%	1 516
8 (entre le 50ème et le 56ème jour)	5,2%	27,1%	32,4%	-0,1%	3,5%	3,4%	1 091
9 (entre le 57ème et le 64ème jour)	5,3%	29,5%	34,8%	0,1%	2,4%	2,5%	620

N.B. - Ces chiffres portent sur les épisodes construits sans condition de délai, commençant plus de 15 jours après le début d'enquête

- Les probabilités de recours en fonction du temps sont calculées sur les seules observations pour lesquelles l'enquête n'est pas finie après le délai considéré (les variations d'échantillon peuvent conduire à des taux cumulés non croissants ou à des taux incrémentaux négatifs)
- Le premier jour est celui du premier recours (les recours ayant lieu la semaine suivante le même jour de la semaine que le premier recours sont donc comptabilisés en semaine 2)



### 3 Des épisodes de soins relativement courts ?

Le nombre moyen de recours médicaux par épisode de soins observé entièrement dans l'enquête est relativement faible : 1,2 séances. Bien sûr, cela résulte en partie des choix qui ont été faits (et dont on estimera l'impact ci-dessous), mais reflète avant tout le faible nombre moyen de séances pendant la durée de l'enquête : 40% des individus ayant eu au moins une séance de médecin n'en ont eu qu'une (tableau 1). Le nombre moyen de séances de médecin est de 2,4 par consommateur (et de 1,4 sur l'ensemble des individus).

**Tableau 1 – Distribution du nombre de séances de médecins déclarées par les individus durant les douze semaines de l'enquête Santé**

nombre de séances	effectifs	pourcentage	pourcentage chez les consommateurs	pourcentage cumulé chez les consommateurs
0	8 705	41%	-	-
1	5 032	24%	40%	40%
2	3 109	15%	25%	65%
3	1 923	9%	15%	81%
4	1 013	5%	8%	89%
5	583	3%	5%	93%
6 à 10	707	3%	6%	99%
11 à 38	109	1%	1%	100%
<i>total</i>	<i>21 181</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	

Source : Enquête Santé 1991-92

Champ : enquêté appartenant à un ménage n'ayant pas abandonné l'enquête avant la 2<sup>e</sup> visite de l'enquêteur.

Le nombre de séances par épisode de soins (« longueur de l'épisode ») est par ailleurs légèrement réduit par la non-prise en compte des épisodes censurés. En effet, le nombre moyen de séances de médecins par épisode (1,2) n'est calculé que sur les épisodes commençant plus de 15 jours après la première interview, et finissant moins de quinze jours avant la dernière. On peut essayer d'estimer plus précisément la longueur réelle des épisodes avant censure à gauche en calculant des longueurs moyennes sur les épisodes observés pendant les périodes les plus longues :

- Les épisodes « débutant<sup>11</sup> » entre les 15<sup>e</sup> et 22<sup>e</sup> jours d'enquête comptent en moyenne 1,3 séances (83% d'entre eux n'en comptant qu'une). Seuls 0,7% de ces épisodes sont censurés à droite, ce qui n'est pas de nature à remettre en cause leur longueur moyenne.
- Les épisodes commençant pendant les 15 premiers jours d'enquête ont une longueur supérieure de 0,07 aux précédents. Tous sont susceptibles d'être censurés à gauche, et 1,1% pourraient de plus être censurés à droite : leur longueur moyenne pourrait de ce fait être encore supérieure. Compte tenu des résultats observés sur les épisodes débutant entre les 15<sup>e</sup> et 22<sup>e</sup> jours, on peut supposer qu'elle resterait proche de 1,4.

<sup>11</sup> Au sens où aucune consommation médicale n'a été observée dans l'enquête avant cette date.

Ni la censure à gauche, ni la censure à droite ne semblent avoir d'effet massif sur le nombre moyen de recours par épisode de soins : celui-ci n'augmenterait que de 0,1 ou 0,2. Ce résultat est toutefois conditionné par le fait que nous n'avons pas levé, pour les établir, l'hypothèse qui paraît avoir l'effet le plus fort sur la longueur des épisodes de soins, à savoir la condition de délai maximal de 15 jours entre deux recours successifs.

- Si l'on supprime cette condition, la longueur des ensembles de soins observés pendant au moins 60 jours dans l'enquête et commençant après le 15<sup>e</sup> jour est de 1,7 pour une moyenne de 65 jours d'observation (cf. tableau 2).
- Pour les ensembles de soins observés plus de 60 jours (soit 76 jours en moyenne) et « débutant » dans les 15 premiers jours d'enquête, cette longueur moyenne passe à 2. En outre 13% de ces épisodes sont susceptibles d'être censurés à droite (tous étant susceptibles de l'être à droite).

**Tableau 2 : nombre moyen de séances médicales en fonction de la date du premier recours de l'épisode (décrit dans l'enquête)**

Date de début de l'épisode de soins par rapport aux dates de l'enquête->	entre le 15 <sup>e</sup> et le 22 <sup>e</sup> jour	entre le 1 <sup>er</sup> et le 15 <sup>e</sup> jour	entre le 15 <sup>e</sup> jour après le début et le 15 <sup>e</sup> jour avant la fin	entre 22 jours et 15 jours avant la fin
Nb. d'observations	2 336	5 703	11 888	1 572
Longueur moyenne des épisodes	1,7	2,0	1,4	1,2
Nb moyen de jours avant la fin de l'enquête	65	76	45	19
Nb de séances supplémentaires par jour d'ici à la fin de l'enquête	0,011	0,013	0,009	0,011
Répartition des épisodes par longueur				
1	62%	56%	74%	85%
2	22%	22%	17%	11%
3	9%	11%	5%	2%
4 ou plus	7%	12%	4%	1%
Episodes de plus ou moins 5 séances				
part des épisodes de 5 séances ou plus	3,2%	6,4%	6,3%	0,1%
longueur moyenne des épisodes de moins de 5 séances	1,5	1,6	1,3	1,2
longueur moyenne des épisodes de 5 séances ou plus	6,7	7,3	6,3	5,0

*N.B. - Ces chiffres portent sur les épisodes construits sans condition de délai*

En fait, on peut montrer que ces différences de longueur moyenne sont pour une large part imputables aux longs épisodes, qui n'affectent

pas la longueur médiane (toujours égale à 1) :

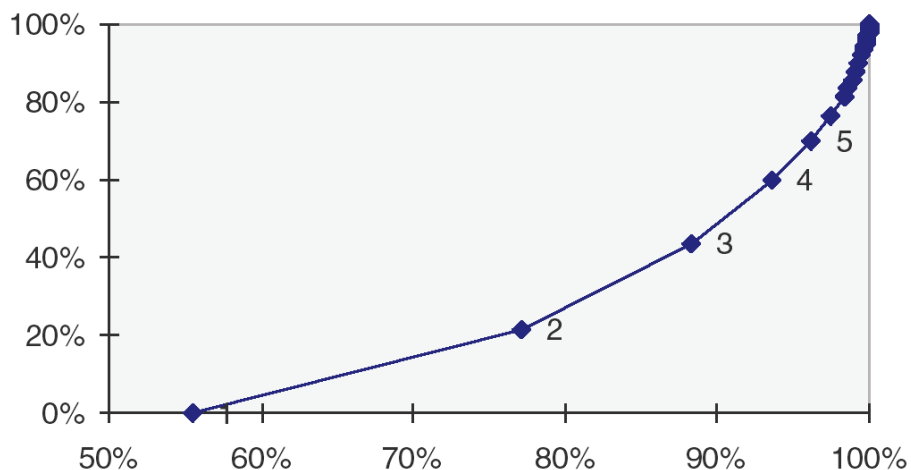
- 1% des épisodes commençant dans les 15 premiers jours de l'enquête contiennent plus de 10 séances de médecin (dont un en contient jusqu'à 36 !), contre 0,3% dans les épisodes débutant entre le 15ème et le 22ème jour d'enquête (qui ne contiennent au « maximum » que 17 recours).
- Les épisodes de 5 séances ou plus (qui représentent 6,4% des épisodes commençant dans les 15 premiers jours) « expliquent » plus de 70% de la différence de longueur entre les épisodes débutant lors des 15 premiers jours d'enquête et ceux débutant dans la semaine suivante (cf. tableau 2 et graphique 1)<sup>12</sup>. Et si l'on ne tient plus compte des épisodes de 5 séances ou plus, la longueur moyenne des épisodes ne varie « plus que » entre 1,2 et 1,6 (contre 1,2 et 2,0 avec les épisodes de 5 séances ou plus).

Or on peut défendre l'idée que les épisodes les plus longs ne devraient pas occuper une place centrale dans notre projet :

- Dans la mesure où l'un des objectifs est d'étudier les débuts des parcours dans le système de santé ambulatoire (et en particulier l'introduction d'un passage obligé par le généraliste), l'analyse des épisodes les plus longs n'est pas cruciale : en effet, on peut penser que le passage obligé par le généraliste affectera essentiellement les premiers recours d'un épisode et concernera plutôt les épisodes les plus courts (tandis que, par exemple, pour les pathologies les plus graves, un suivi régulier pourrait être effectué directement par le spécialiste). Le cœur de l'étude consistant à quantifier les accès directs au spécialiste, et l'importance des renvois entre médecins lors des seconds recours, devrait être peu sensible aux recours de rang élevé dans un épisode.
- Dans le cas où l'on souhaiterait réfléchir à une réforme visant à limiter la longueur des épisodes (dans la mesure notamment où l'on supposerait que cette dernière pourrait refléter des comportements de demande induite ou de nomadisme), il pourrait être préférable d'envisager une politique ciblée sur les professionnels ou les patients dont les comportements seraient jugés inefficaces (où les seconds

<sup>12</sup> Les 1% d'épisodes contenant 10 séances de médecins ou plus ont un effet de 0,14 sur la longueur moyenne des épisodes de soins « commençant » dans les 15 premiers jours de l'enquête, tandis que les 0,3% d'épisodes contenant 10 séances de médecin ou plus et commençant entre les 15ème et 22ème jours d'enquête ne contribuent que pour 0,04 point à la longueur moyenne des épisodes ayant débuté dans cette période. Ainsi, les épisodes de 10 séances ou plus expliquent 0,1 de la différence entre la longueur moyenne des épisodes ayant commencé dans les 15 premiers jours et la longueur moyenne des épisodes ayant commencé la semaine suivante. De même, les 6,4% d'épisodes de 5 séances ou plus dans les épisodes commençant dans les 15 premiers jours contribuent pour 0,4 à la longueur moyenne, contre moins de 0,2 pour les 3,2% d'épisodes de 5 séances ou plus ayant commencé la semaine suivante. Au total, les épisodes de 5 séances ou plus expliquent plus de 0,2 de la différence entre la longueur moyenne des épisodes ayant commencé dans les 15 premiers jours et la longueur moyenne des épisodes ayant commencé la semaine suivante.

**Graphique 1 : contribution des x% d'épisodes les plus courts à l'écart à 1 de la longueur des épisodes**



*Lecture : parmi les épisodes médicaux ayant commencé dans les 15 premiers jours d'enquête, les épisodes de longueur inférieure ou égale à 4, qui représentent 94% des épisodes ne contribuent que pour 60% à la longueur moyenne des épisodes.*

- seraient minoritaires d'après ce qui précède), plutôt que de vouloir mettre en place de nouvelles contraintes s'imposant à l'ensemble du corps médical ou de la population. Une telle approche pourrait être considérée non seulement plus équitable mais aussi plus efficace, dans la mesure où des interventions plus ciblées pourraient être moins coûteuses qu'une régulation globale. Or ce type d'approche se prête moins à un cadrage statistique sur l'ensemble de la population.
- Enfin, sur un plan empirique, l'enquête Santé est mal adaptée à l'analyse des épisodes les plus longs. D'une part, ceux-ci représentent une part forcément limitée de l'enquête, ce qui limite les analyses statistiques que l'on peut leur appliquer. D'autre part, l'enquête étant de durée relativement courte, les données qu'elle contient permettent de reconstituer des épisodes plutôt courts.

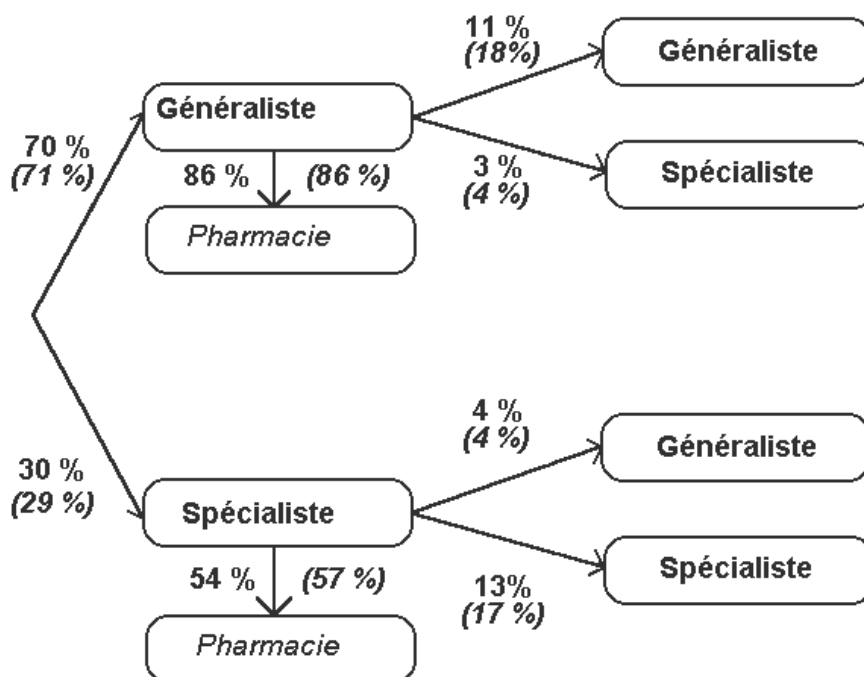
Sur la base des arguments précédents, le projet s'est intéressé aux premier et deuxième recours des épisodes davantage qu'aux recours ultérieurs ou au nombre total de recours (et implicitement plutôt à la prise en charge des pathologies supposées arriver en cours d'enquête qu'au suivi régulier de maladies supposées chroniques). L'incidence du choix du délai entre recours successifs sur la description des premier et deuxième recours des épisodes peut être résumée comme suit :

- Certains éléments descriptifs, comme la fréquence des cas d'« auto-adressage » (cf. tableau E.2) sont sensibles à cette hypothèse; d'autres ne semblent pas l'être (comme les taux de recours direct vers le spé-

cialiste ou la part des premier et deuxième recours donnant lieu à prescription pharmaceutique).

- Les caractéristiques influençant la composition des épisodes de soins semblent relativement indépendantes de la définition des épisodes retenue. On peut pour s'en convaincre se reporter à une version antérieure de cette étude dans laquelle l'ensemble des éléments présentés ici avait été produit sur quatre échantillons différents (et différents de celui qui va finalement être retenu ici)<sup>13</sup>.

**Schéma 2 – Premier et deuxième recours à 15 jours (respectivement à 30 jours) dans les épisodes de soins dont les recours successifs sont espacés de moins de 15 jours (respectivement. 30 jours)<sup>14</sup>**



**Légende :**

x % : probabilités relatives aux épisodes de soins médicaux dont les recours sont distants de moins de 15 jours

(x %) : probabilités relatives aux épisodes de soins médicaux dont les recours sont distants de moins de 30 jours

<sup>13</sup> Ces quatre échantillons avaient été définis par le croisement de deux critères : utilisation ou non d'un délai maximum de quinze jours pour le chaînage de deux recours successifs d'un même épisode; suppression ou non des épisodes ayant commencé moins de quinze jours après le début de l'enquête ou s'étant achevé moins de quinze jours avant la fin de l'enquête (Breuil, 1998).

Au total, à condition de restreindre le projet à l'analyse des premiers recours, il est peu probable que les principaux résultats soient très sensibles à la définition des épisodes retenue. On peut, pour s'en assurer, comparer les taux d'accès direct au spécialiste et les taux de second recours selon que les épisodes sont construits avec une durée maximale de 15 ou de 30 jours entre deux recours médicaux successifs (schéma 2). La probabilité que la première séance de l'épisode soit une séance de spécialiste plutôt qu'une séance de médecin généraliste est d'environ 30% avec un délai de 15 jours, et de 29% avec un délai de 30 jours. Avec un délai de 15 jours, la probabilité de deuxième recours est de 14% après une séance de généraliste, et de 17% après une séance de spécialiste<sup>15</sup>. Avec un délai de 30 jours, la probabilité de deuxième recours est de 21% après une séance de généraliste et de 22% après une séance de spécialiste (cf. schéma 2). Les probabilités de rupture de filières sont en revanche peu modifiées par le délai maximum imposé entre deux recours successifs : elles restent voisines de 3 ou 4%.

#### 4 Les prescriptions lors des épisodes de soins

En moyenne, 3 épisodes de soins sur 4 donnent lieu à une prescription de pharmacie lors du premier recours. Il y a prescription dans plus de 85% des cas lorsque le premier médecin consulté est un généraliste et dans un peu plus de la moitié des cas lorsque c'est un spécialiste.

**Tableau 3 – Taux de prescription de pharmacie et de soins paramédicaux lors des premiers recours et des suivants, selon le type de médecin consulté.**

taux de prescription	pharmacie		soins paramédicaux	
	épisodes (15 jours) (c)	épisodes (30 jours) (d)	épisodes (15 jours) (c)	épisodes (30 jours) (d)
<b>premier recours (a)</b>	<b>77%</b>	<b>80%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>
généraliste	87%	88%	7%	7%
spécialiste	55%	60%	3%	3%
<b>deuxième recours et suivants (b)</b>	<b>58%</b>	<b>71%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>
généraliste	67%	79%	11%	11%
spécialiste	44%	55%	5%	5%
<b>ensemble de l'épisode (a)</b>	<b>79%</b>	<b>83%</b>	<b>7%</b>	<b>7%</b>
généraliste	88%	90%	8%	8%
spécialiste	59%	66%	4%	4%
<b>nombre d'observations</b>	<b>14 466</b>	<b>5 220</b>	<b>14 466</b>	<b>5 220</b>

a. en fonction du médecin consulté lors du premier recours

b. en fonction du médecin consulté lors du deuxième recours

c (resp. d). épisodes dont les recours successifs sont espacés de moins de 15 (resp. 30) jours et dont le premier recours a lieu plus de 15 (resp. 30) jours après le début de l'enquête et plus de 15 (resp. 30) jours avant la fin

<sup>15</sup> Ces probabilités sont calculées sur les épisodes commençant plus de 15 jours après le début de l'enquête et plus de 15 jours également avant la fin de l'enquête.

Le taux de prescription de pharmacie est plus faible lors des recours secondaires (58%) que lors des premiers recours (77%). La situation inverse existe pour les soins paramédicaux (6% contre 9%). Les taux de prescription apparaissent nettement différenciés selon le type de médecin consulté (tableau 3).

**Tableau 4 – Part des premiers recours médicaux donnant lieu à prescription pharmaceutique**

caractéristique	% de presc.	caractéristique	% de presc.
<b>moyenne</b>	76	<b>ZEAT</b>	***
<b>sexe</b>	n.s.	Ile de France	71
homme	77	bassin parisien	79
femme	76	nord	82
<b>âge</b>	***	est	76
moins d'un an	75	ouest	78
1 à 2 ans	83	sud-ouest	78
3 à 4 ans	82	centre	74
5 à 9 ans	75	sud-est	76
10 à 14 ans	65	<b>diplôme du chef de ménage</b>	***
15 à 19 ans	73	sans diplôme	81
20 à 29 ans	70	CEP, DFEO	80
30 à 39 ans	72	CAP, BEP	76
40 à 49 ans	73	BEPC	72
50 à 59 ans	79	Bac (1 <sup>è</sup> partie) ou BT, bac prof.	75
60 à 69 ans	81	Bac A à E, bac (2 <sup>è</sup> partie), BES	74
70 à 79 ans	83	DUT, BTS, prof. santé (sauf médecin)	70
80 ans et plus	86	technicien supérieur (sauf DUT, BTS)	73
<b>complémentaire</b>	n.s.	supérieur ou égal au DEUG	67
oui	76	ne sait pas	75
non	77	<b>maladie incidente</b>	n.s.
<b>motif de recours</b>	***	non	77
accident	57	oui	76
handicap	43	<b>risque vital</b>	***
maladie	82	0	73
grossesse, contraception, IVG	57	1 à 2	75
problèmes personnels	47	3 à 5	81
prévention volontaire	44	<b>invalidité</b>	***
prévention obligatoire	42	0 à 1	74
vaccination	56	2 à 3	77
<b>médecin</b>	***	3 à 7	81
généraliste	86	<b>nb observations</b>	18750
spécialiste	54	<i>N.B. seuil de significativité ***=p&lt;0.001</i>	
<b>Initiative de la séance</b>	***		
autre médecin	37		
même médecin	71		
non médecin	81		

La plupart des facteurs prédictifs de la prescription pharmaceutique lors du premier recours (tableau 4) sont confirmés par l'analyse économétrique (tableau 5). Les principales variables prédictives sont le type de médecin (ce qui justifie une analyse séparée des prescriptions pharmaceutiques selon le type de médecin), le motif du recours, la personne à qui revient l'initiative du recours et l'âge du patient. L'influence de la personne à l'origine du recours est délicate à interpréter : pourquoi les séances à l'initiative du patient donnent-elles plus souvent lieu à prescription pharmaceutique que les séances à l'initiative

**Tableau 5 – Existence d’une prescription pharmaceutique lors du premier recours (selon le type de recours) – modèles logit**

Variable	généraliste		spécialiste	
	Estimate	Std Err	Estimate	Std Err
<b>constante</b>	*		n.s.	
	0,586	0,220	0,825	0,345
<b>motif de recours (MOTIF)</b>	***		***	
accident	0,659	0,149	-0,216	0,301
handicap	0,587	0,373	-0,051	0,343
maladie	2,019	0,112	0,705	0,258
contraception, maternité, IVG	1,111	0,222	0,463	0,281
pbs personnels	0,630	0,345	-0,909	0,507
prév. volontaire	-0,105	0,149	-0,410	0,268
prév. obligatoire	-0,629	0,178	-0,550	0,295
vaccination	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>initiative de la séance (INIT)</b>	***		***	
autre médecin	-1,268	0,217	-1,511	0,126
même médecin	-0,198	0,066	-0,683	0,061
non médecin	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>complémentaire maladie (ASSUB)</b>	n.s.		n.s.	
non	0,163	0,084	-0,114	0,098
oui	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>ZEAT (NOZEAT)</b>	**		**	
Ile de France	0,022	0,105	-0,265	0,101
bassin parisien	0,243	0,098	-0,271	0,106
nord	0,626	0,138	-0,614	0,151
est	0,159	0,117	-0,499	0,123
ouest	0,070	0,104	-0,179	0,115
sud-ouest	0,131	0,113	-0,275	0,120
centre	0,126	0,111	-0,237	0,116
sud-est	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>risque vital (RVL)</b>	n.s.		n.s.	
	0,08	0,03	-0,02	0,03
<b>invalidité (INVL)</b>	n.s.		n.s.	
	-0,03	0,03	0,03	0,03
<b>sexe (SEXEML)</b>	n.s.		n.s.	
femme	0,133	0,056	0,057	0,063
homme	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>âge (TRAGE)</b>	***		***	
moins d'un an	0,377	0,236	0,626	0,254
1 à 2 ans	0,195	0,214	0,385	0,246
3 à 4 ans	0,022	0,227	-0,204	0,247
5 à 9 ans	-0,200	0,191	-0,474	0,225
10 à 14 ans	-0,393	0,190	-0,982	0,223
15 à 19 ans	-0,344	0,191	-0,342	0,224
20 à 29 ans	-0,651	0,165	-0,408	0,205
30 à 39 ans	-0,585	0,158	-0,433	0,198
40 à 49 ans	-0,602	0,154	-0,417	0,196
50 à 59 ans	-0,312	0,152	-0,274	0,196



d'un médecin ? Est-ce parce que les secondes seraient plus l'occasion d'examens que de prescriptions ?

Suivant les modèles, l'assurance, le revenu, le diplôme du chef de famille ou la région apparaissent peu ou pas prédictives de la prescription pharmaceutique. Il en est de même pour le risque vital, l'incapacité ou le fait que la maladie soit incidente. En conclusion, peu de caractéristiques du patient influencent de manière robuste la prescription pharmaceutique, qui semble plutôt déterminée par les caractéristiques du recours (type de médecin, motif de recours, personne à l'origine de la séance) ou par l'âge.

## 5 Conclusion

De manière générale, cette étude souligne la difficulté qu'il y a à définir sur le plan conceptuel la notion d'épisode de soins, et s'attache à évaluer la sensibilité des résultats à certaines hypothèses utilisées pour la construction des épisodes de soins. Plusieurs résultats descriptifs semblent relativement robustes. Il en est ainsi des estimations du taux d'accès direct au spécialiste (environ 3 épisodes de soins sur 10), de la fréquence des renvois vers les confrères (inférieure à 6%) ou l'auto-adressage (une probabilité de 14% au bout de quinze jours qui augmente de 3 à 4 points par semaine supplémentaire). Le résultat selon lequel la couverture maladie semble un déterminant très important du nombre d'épisodes de soins ne semble pas pouvoir être remis en cause par une modification de leur définition. En revanche, elle paraît peu expliquer leur composition ou leur longueur. Enfin, proposer une méthodologie de construction des épisodes permet aussi de réfléchir sur la forme que pourrait prendre une réforme de passage obligé par le médecin généraliste. Si l'on souhaite à travers une telle réforme améliorer la santé publique – et non seulement contraindre les parcours dans le système de soins – il faudrait pouvoir disposer d'éléments convaincants sur l'organisation optimale des soins : dans quelle mesure le généraliste peut-il remplacer le spécialiste ? Vaut-il mieux cantonner le spécialiste à un rôle d'expert intervenant de manière ponctuelle dans les parcours de soins, ou celui-ci doit-il conserver un pouvoir de reconvoque du patient comme c'est le cas actuellement ? En l'absence de tels éléments, qu'il est extrêmement compliqué de fournir sauf sur des cas de pathologies précis, il est impossible d'estimer l'impact financier d'une réforme de passage obligé par le généraliste, et *a fortiori* son impact en termes de santé.

## Bibliographie

- Breuil P., 1998, *Épisodes et filières de soins : une approche micro-économétrique à partir de l'enquête Santé 1991-92*, Communication aux journées des Économistes Français de la Santé, Marseille, 5-6 novembre.
- Breuil-Genier P., 1998a, « Les enseignements théoriques et pratiques des microsimulations en économie de la santé », *Économie et Statistique*, n°315, pp. 73-94.
- Breuil-Genier P., 1998b, *Épisodes et filières de soins : une approche micro-économétrique à partir de l'enquête Santé 1991-92*, extrait du rapport de recherche n°2/1996 financée par le Commissariat général du Plan.
- Breuil-Genier P. et F. Rupperecht, 2000, « Comportements opportunistes des patients et des médecins : l'apport d'analyses par épisode de soins », *Économie et Prévision*, n°142, p 163-181.
- Buchanan J. L., Keeler E. B., Rolph J.E. et Holmer M. R., 1991, « Simulating health expenditures under alternative insurance plans », *Management science*, vol. 37, n° 9, p 1067-1090.
- Genier P., F. Rupperecht, J. Harnois, M. Khamlich, M. Tomasini, F. Wilthien, 1997, « Analyse empirique de la consommation de soins de ville au niveau micro-économique », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, XXXVIIème année, No. 3-4, p 277-310.
- Genier P., 1998, « Assurance et recours aux soins : une analyse microéconométrique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'Insee », *Revue Économique*, Vol. 49, n°3, p 809-819.
- Guignon N., 1994, « Du généraliste au spécialiste : qui conseille de consulter ? », *Solidarité santé*, n°1.
- Keeler E. B., Morrow, D. T. et Newhouse, J. P., 1977, "The Demand for Supplementary Health Insurance, or Do Deductibles Matter?", *Journal of Political Economy*, vol. 85, p 789-801.
- Keeler E. B., Newhouse, J. P. et Phelps, C. E., 1977, "Deductibles and the demand for medical care services : the theory of a consumer facing a variable price schedule under uncertainty", *Econometrica*, vol. 45, n° 3 (avril).
- Keeler E. B., Buchanan, J. L., Rolph, J. E., Hanley, J. M., Reboussin, D. M., 1988, "The demand for episodes of medical treatment in the health insurance experiment"; Rand Corporation, R-3454-HHS.
- Keeler E. B., Manning, W. G. et Wells, K. B., 1988, "The demand for episodes of mental health services", *Journal of health economics*, vol. 7, pp. 369-392.
- Keesey J., Keeler, E. et Fowler, W., 1985, *The episodes-of-illness processing system*, Rand Corporation, N-1745-1-HHS.

- Manning W., Newhouse J.P., Duan N., Keeler E.B., Leibowitz A., Marquis M.S., 1987, "Health insurance and demand for medical care : Evidence from a randomized experiment", *American Economic Review*, juin, pp 251-277.
- Mormiche P., Urbaniak F., 1994, « Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 »; *INSEE résultats*, n°64-65-66 (novembre).
- Rochaix L., 1992, « Validation de l'hypothèse de demande induite : une revue des analyses économétriques anglo-saxonnes », Note Direction de la Prévision (juin), ministère de l'Économie et des Finances.
- Stoddart G.L., L. Barer, 1981, "Analyses of demand and utilization through episodes of medical services"; in Van der Gaag J., Perlman M. (eds.) : *Health, economics and health economics*, North-Holland.
- Wilensky G. et L.Rossiter, 1984, "The magnitude and determinants of physician initiated visits in the United States", in Van der Gaag J. et Perlman M. (eds), *Health, Economics and Health Economics*, North Holland.

## Résumé

Définir des épisodes de soins ne va pas de soi. Le choix fait ici de chaîner les recours au médecin consacrés à la même maladie et séparés de moins de 15 jours dans le temps influence la longueur moyenne de l'épisode de soins, mais non le taux d'accès direct au spécialiste (autour de 30% des premiers recours), ni la (faible) probabilité de consultation d'un confrère en deuxième recours. La seconde partie de l'article est consacrée aux prescriptions : toutes choses égales par ailleurs, l'assurance complémentaire n'influencerait pas ou peu la probabilité de prescription pharmaceutique lors du premier recours.

## Abstract

To define episodes of illness is not straightforward. Here, two physician visits are linked if they concern the same illness and are distant of less than 15 days. This particular definition has an influence on the length of the episode, but doesn't seem to have any on the proportion of first visits directly addressed to a specialist (around 30%) and on the (small) proportion of secondary visits done with an other physician than the one seen in first instance. The second part of the article deals with prescriptions of drugs : everything else equal, supplementary health insurance has limited or no effect on the probability to get a prescription of drug during the first visit of an episode.

## Mots-clés

épisodes de soins, accès direct au spécialiste, deuxième recours.

## Keywords

care episodes, direct access to specialist services, second opinion.

**Classification JEL :** I10 (health).