

Santé, soins et protection sociale en 2000

**Enquête sur la santé et la protection sociale
France 2000**

Laurence Auvray
Sylvie Dumesnil
Philippe Le Fur

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Biblio n° 1364

Décembre 2001

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-286-0

- AVERTISSEMENT -

Le CREDES mène depuis 1988, en collaboration avec le Département Statistique de la CNAMTS¹, une enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), auprès d'assurés sociaux et de leurs familles. Depuis 1994, avec l'aide du service statistique de la CANAM², l'enquête a été étendue aux professions indépendantes et en 1996, avec l'aide du département statistique de la MSA³, aux professions agricoles.

Le terrain de l'enquête 2000 a été effectué par l'institut de sondage Laviolle (ISL). Le chiffrage médical a été effectué sous la responsabilité des Docteurs Bey Boumezrag et Bouayed de la société ISL. L'organisation de la relecture et le chiffrage non médical a été réalisé sous la responsabilité de Louis Tonal de la société ISL.

Au CREDES, l'organisation du chiffrage et plus généralement de l'enquête, a été réalisée par Laurence Auvray, Sylvie Dumesnil et Philippe Le Fur. L'adaptation du logiciel de chiffrage médical a été effectuée par Olivier Busson, et calibré pour l'ESPS 2000 par Laurence Auvray et Sylvie Dumesnil. Catherine Ordonneau, Bénédicte Mansalier et Frédérique Ruchon ont créé la base de données et réalisées une grande partie des exploitations. Franck-Séverin Clérembault a composé et mis en page ce rapport.

Les auteurs remercient vivement Anne Doussin, Michel Grignon et Nathalie Meunier qui ont bien voulu relire ce rapport, et leur faire part de leurs observations. Ils remercient également Catherine Banchereau et Martine Broïdo pour leurs vérifications minutieuses.

¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

² Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes.

³ Mutualité Sociale Agricole.

Sommaire

Sommaire

INTRODUCTION	11
1. LA PROTECTION SOCIALE EN 2000	17
1.1. La protection par l'Assurance maladie.....	17
1.2. L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale.....	17
1.3. La Couverture maladie universelle	22
1.4. La couverture complémentaire maladie (hors CMU).....	30
1.5. Le mode d'obtention de la couverture complémentaire (hors CMU).....	33
1.6. Le niveau de remboursement des couvertures complémentaires.....	35
1.7. Les personnes sans couverture complémentaire.....	41
2. LES MALADIES ET LES TROUBLES DE SANTÉ DÉCLARÉS EN 2000	49
2.1. Le nombre d'affections déclaré.....	49
2.2. Les maladies déclarées	51
2.3. Les indicateurs de morbidité : risque vital et invalidité.....	70
2.4. L'indicateur de santé perçue.....	75
2.5. Le tabagisme.....	79
3. LES RECOURS AU MÉDECIN EN 2000	89
3.1. Le taux de consommateurs.....	89
3.2. Débours et prix moyens des séances de médecin.....	103
3.3. Les soins dentaires	111
3.4. Les différents modes de recours au médecin.....	114
4. LA CONSOMMATION DE BIENS MÉDICAUX EN 2000.....	117
4.1. La consommation pharmaceutique.....	117
4.2. La consommation d'appareils, d'accessoires et de pansements	134
4.3. La consommation de biens médicaux pour les besoins du ménage.....	134
4.4. La pharmacie non prescrite	134
4.5. Demande de prescription supplémentaire de produits pharmaceutiques	135
4.6. La connaissance des médicaments génériques.....	138
5. LE TAUX D'HOSPITALISÉS EN 3 MOIS EN 2000	141
5.1. L'hospitalisation selon les variables socio-économiques	141
5.2. L'hospitalisation selon la couverture sociale.....	142
5.3. L'hospitalisation et l'état de santé	143
5.4. La satisfaction des patients.....	144

6. RENONCEMENT AUX SOINS POUR MOTIFS FINANCIERS	147
CONCLUSION.....	157
GLOSSAIRE	161
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	169
BIBLIOGRAPHIE RELATIVE À L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LA PROTECTION SOCIALE	181
LISTE DES GRAPHIQUES.....	187
LISTE DES TABLEAUX.....	194

Introduction

Introduction

Pour suivre de manière régulière les modifications de comportement des différents producteurs et consommateurs de soins, les enquêtes auprès des ménages fournissent de précieuses informations permettant en particulier d'expliquer en partie les évolutions macro-économiques constatées. Dans cette optique, le CREDES réalise depuis 1988, l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS). Cette enquête a été menée chaque année jusqu'en 1997. En 1998, il a été décidé de doubler l'échantillon et de réaliser l'enquête tous les deux ans.

Soulignons d'emblée que les données de morbidité de l'année 2000, ont été chiffrées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies 10^{ième} révision (CIM10). Elles ne peuvent donc pas être comparées directement aux données colligées antérieurement, chiffrées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies 9^{ème} révision (CIM9). Une table de correspondance sera réalisée ultérieurement afin d'assurer la continuité des exploitations.

Dans ce rapport, relatif à l'année 2000, comme dans les rapports traitant des enquêtes précédentes, sont développés :

- la protection par l'Assurance maladie et les couvertures complémentaires,
- l'état de santé des personnes enquêtées : maladies, indicateur synthétique de morbidité (risque vital et invalidité), indicateur de santé perçue, consommation de tabac,
- les consommations mensuelles des enquêtés en soins de médecins et produits pharmaceutiques,
- les taux d'hospitalisés en 3 mois,
- le renoncement aux soins pour motifs financiers.

Ce rapport permet également de faire un premier état des lieux quelques mois après le début de la mise en place de la CMU. Toutefois, la mise en place de cette réforme n'était pas terminée au moment de l'enquête ; les résultats concernant l'année 2000 ne sont donc pas extrapolables aux années suivantes. Signalons par ailleurs que l'enquête permet d'aborder uniquement le volet complémentaire de la CMU.

En 2000, un nombre important de nouvelles questions ont été introduites dans l'enquête. Certaines ont été en partie exploitées dans ce rapport :

- le comportement des femmes concernant le recours à la mammographie et aux examens gynécologiques,
- les tentatives d'arrêt du tabac,
- l'existence de douleurs chroniques ou récidivantes dans la population et ses motifs,
- la connaissance de l'expression « médicament générique »,
- la fréquence du recours à un médecin d'un hôpital public.

D'autres seront exploitées ultérieurement, soit par le CREDES, soit en collaboration avec d'autres équipes, notamment la CNAMTS et la DREES : les motivations ayant conduit certains patients à consulter des médecins des hôpitaux publics et les motifs de prescriptions de ces praticiens, le recours à un médecin pour prendre un second avis, le contenu des couvertures complémentaires concernant les prothèses dentaires et l'optique, les soins envisagés en cas de gratuité, la perception de leur état dentaire par les enquêtés eux-mêmes, les accidents de la vie courante...

Comme toutes les informations statistiques, celles-ci sont entachées de deux types d'erreurs :

- un biais systématique lié en partie aux oublis et déformations dus à la mémoire des enquêtés ; ce biais explique les sous-estimations observées, notamment en terme de dépenses, par rapport par exemple aux statistiques de la Comptabilité nationale (10 % à 25 % selon la nature des données),
- un aléa lié aux échantillons, mais l'analyse des résultats sur plusieurs années successives devrait permettre de dégager des tendances.

De manière plus spécifique mais paradoxale, les enquêtes sur la santé en population générale sous-estiment les populations les plus malades ou les plus handicapées. En effet, celles-ci refusent souvent de participer à ces enquêtes, ce qui d'ailleurs est tout à fait compréhensible, du fait des difficultés inhérentes à leurs maladies. Par ailleurs, ces personnes sont fréquemment hospitalisées ce qui réduit leur probabilité d'être jointe à leur domicile par un enquêteur. D'autre part, les populations les plus précaires ne participent pas ou participent peu à ce type d'enquête en population générale. Ainsi en est-il des personnes sans domicile fixe, qui par définition sont exclues du champ de l'enquête, puisque celle-ci est réalisée à partir d'une adresse individuelle fournie par les organismes de Sécurité sociale.

Quoiqu'il en soit, seul ce type d'enquête permet de percevoir certains facteurs explicatifs de l'état de santé et du comportement de consommation, que des données plus agrégées ne permettront jamais d'appréhender.

Ce rapport répond également à l'un des objectifs du CREDES qui consiste à mettre à disposition, le plus rapidement possible après la fin du terrain d'enquête, les principaux résultats issus de cette observation. De ce fait, ces premières exploitations ne peuvent être ni exhaustives, ni très sophistiquées. Les résultats présentés tentent de quantifier les principales variables susceptibles d'interagir sur les comportements de soins. Certains points sont d'ores et déjà connus, d'autres le sont moins voire pas du tout. Afin de fournir aux lecteurs une vue d'ensemble sur la santé, les soins et la protection sociale des personnes vivant en France en 2000, nous avons souhaité publier l'ensemble de ces éléments. Par ailleurs, du fait même de cette rapidité de publication, et malgré les nombreuses vérifications et tests de cohérence réalisés, il n'est pas impossible que des chiffres publiés dans ce premier rapport puissent subir quelques modifications mineures, lors d'analyses ultérieures plus ciblées.

La méthode d'enquête et les taux de participation sont présentés en annexe. Afin de faciliter la lecture du rapport, tous les tableaux sont présentés dans un tome annexe.

Depuis 1996, l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) est représentative des ménages dont un membre au moins est assuré au régime général de la Sécurité sociale, au régime des professions indépendantes ou au régime des agricoles. Elle est donc actuellement représentative d'environ 95 % des ménages ordinaires de France métropolitaine. La base de sondage est constituée de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), géré et exploité par le département statistique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et de deux échantillons similaires gérés par les services statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes et de la Mutualité Sociale Agricole.

En 2000, la moitié de cet échantillon est enquêtée, ce qui conduit à un taux de sondage de 1/2400.

L'enquête se déroule en deux vagues : une vague de printemps, d'avril à juin, et une vague d'automne, d'octobre à décembre. Elle combine la méthode de l'entretien téléphonique (ou du déplacement d'enquêteur, lorsque l'on ne peut pas disposer des coordonnées téléphoniques) et celle des questionnaires auto-administrés.

Les informations relevées portent sur les modes de protection maladie, l'état de santé et les consommations médicales pendant une période d'un mois, en relation avec les caractéristiques socio-économiques et les conditions de vie. 62 % des ménages contactés ont accepté de participer à l'enquête.

L'échantillon de 2000 comporte 7 074 ménages, soit 20 045 personnes retenues (*Cf. annexe méthodologique Tableau 79*).

1. Protection sociale

1. La protection sociale en 2000

Pour faire face aux dépenses occasionnées par la maladie, la quasi-totalité de la population bénéficie d'une protection obligatoire par l'Assurance maladie de l'un des régimes de Sécurité sociale.

Dans la plupart des cas, l'Assurance maladie laisse une partie des dépenses à la charge des patients ou de leur famille, c'est-à-dire le ticket modérateur, un éventuel dépassement de tarif, ou la somme des deux.

Mais, le ticket modérateur peut être pris en charge :

- soit par l'Assurance maladie pour des raisons médicales, on parle alors d'exonération du ticket modérateur pour raisons médicales ;
- soit au titre de la Couverture maladie universelle (CMU) qui permet aux personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 francs en 2000 de disposer d'une couverture complémentaire gratuite et les dispensent de l'avance des frais⁴ ;
- soit par une couverture complémentaire payée par l'assuré ou par son entreprise en dehors du cadre de la CMU.

Quant au dépassement de tarif, il est quelquefois pris en charge par une couverture complémentaire CMU ou non. D'ailleurs différents types de couverture complémentaire (mutuelle, assurance, caisse de prévoyance) se sont développés pour prendre en charge tout ou partie des frais non couverts par le système d'assurance obligatoire.

1.1. La protection par l'Assurance maladie

La quasi-totalité des enquêtés bénéficient d'une couverture maladie obligatoire⁵ :

99,9 % des personnes enquêtées déclarent être protégées par l'Assurance maladie d'un des régimes de sécurité sociale (*cf. Rapport annexe tableau 3*).

69 % des personnes disent être protégées par le Régime général stricto sensu et 19 % par un régime rattaché⁶ au Régime général. 11 % déclarent être protégées par un autre régime que le Régime général, dont 5,2 % par le régime agricole et 3,7 % par le régime des non salariés-non agricoles⁷. A noter que 0,2 % des personnes sont protégées par un régime de Sécurité sociale étranger ; il s'agit le plus souvent de personnes habitant des zones frontalières.

1.2. L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale

L'exonération du ticket modérateur pour des raisons médicales⁴, qui peut être totale ou partielle, concerne 8,5 % des enquêtés⁸ (*cf. Rapport annexe tableau 2*). Cette prise en charge à 100 % ne concerne que le tarif de convention, en aucun cas les dépassements d'honoraires.

⁴ Cf. Glossaire.

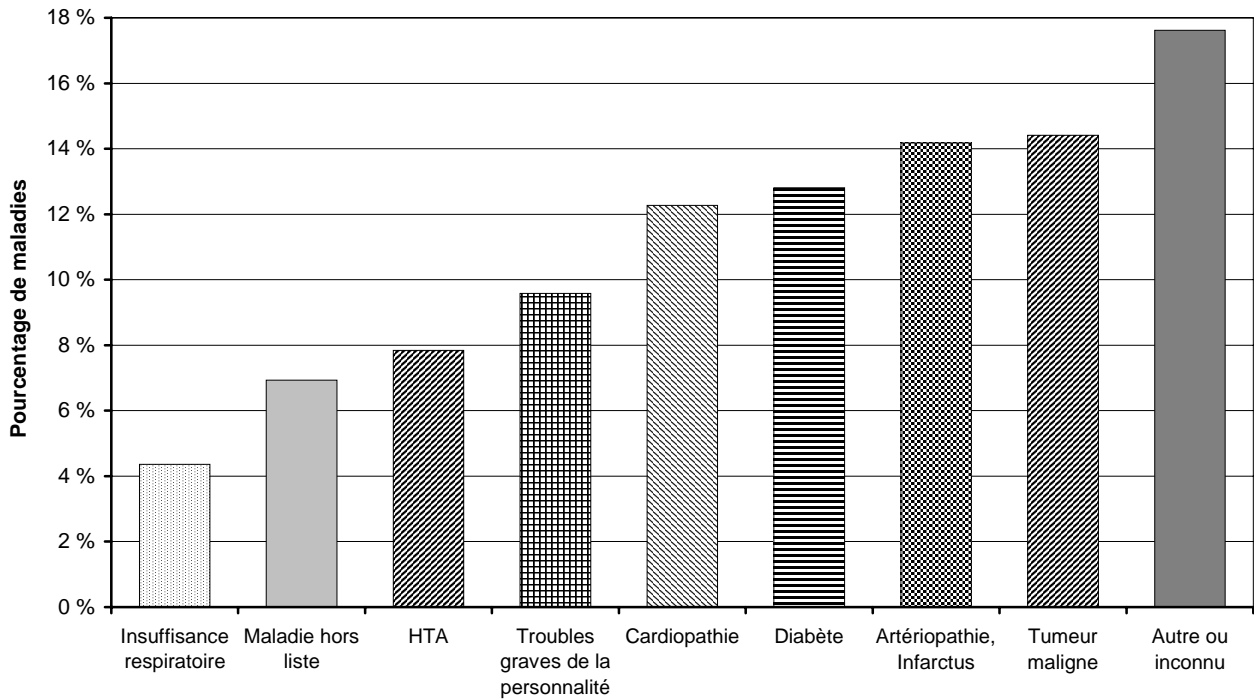
⁵ Le fichier de tirage de l'enquête est constitué des ménages dont l'un des membres au moins est assuré au régime général des travailleurs salariés ou au régime agricole ou au régime des indépendants. De ce fait, le champ de l'enquête sous-estime certainement le nombre de personnes non protégées.

⁶ Ce sont essentiellement : les régimes des fonctionnaires, des collectivités locales, d'EDF-GDF, des étudiants.

⁷ Les autres régimes spéciaux sont essentiellement les régimes de la SNCF, des Mines et de la RATP. Du fait du champ de l'enquête, nous sous-estimons ces régimes spéciaux.

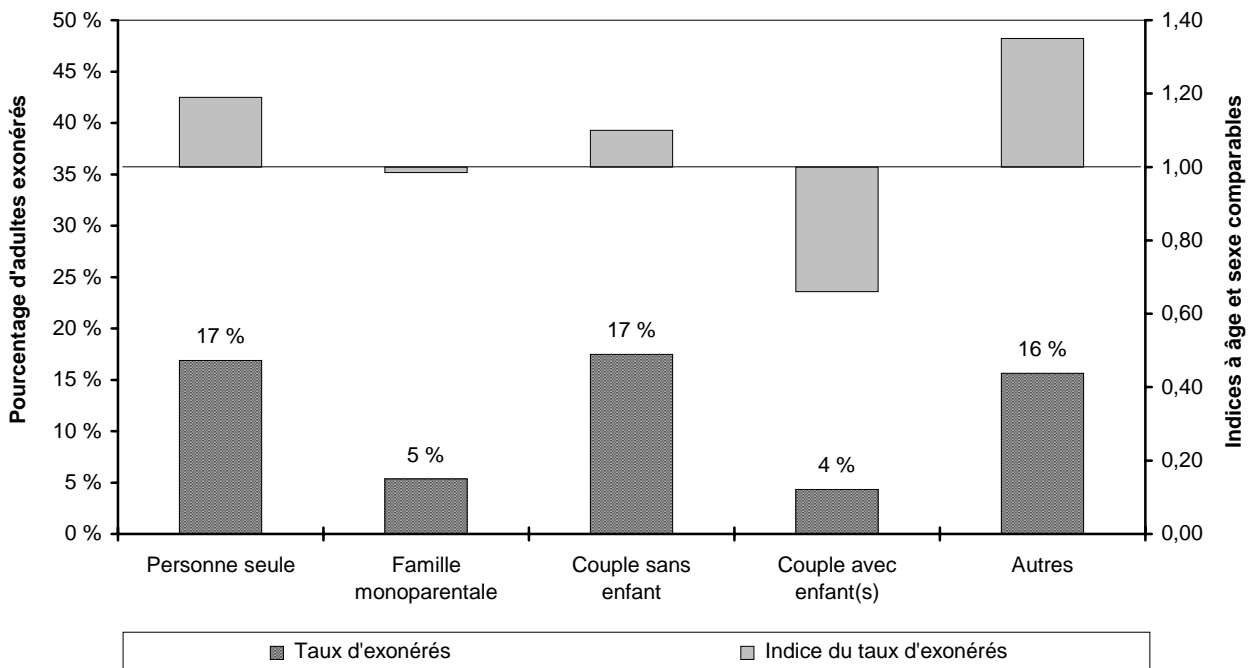
⁸ Dans ce rapport ESPS 2000, contrairement aux années précédentes, nous étudions seulement l'exonération pour des raisons médicales, les autres motifs étant exclus.

Graphique 1
Répartition des affections de longue durée entraînant l'exonération du ticket modérateur
selon la déclaration des enquêtés
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 2
Taux d'exonération du ticket modérateur pour des motifs médicaux des adultes de 18 ans et plus
selon le type de leur ménage
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

L'exonération est totale et sans limitation de durée pour 1,5 % des enquêtés (incapacité, invalidité, handicap, ...). Pour 7 % l'exonération est partielle, soit pour affection de longue durée⁹ avec une exonération en général pour la seule maladie concernée (6,8 % des enquêtés), soit seulement dans les 4 derniers mois de la grossesse (0,2 %) (cf. Rapport annexe tableau 4).

1.2.1. Les pathologies cardiovasculaires sont les affections exonérantes les plus fréquentes

Parmi les affections de longue durée⁹ classées dans les 30 maladies exonérantes et déclarées dans l'enquête, 34 % sont des pathologies cardiovasculaires (cf. Graphique 1) : cardiopathies, artériopathies, hypertensions artérielles (HTA) ; viennent ensuite les tumeurs malignes (14 %) et les diabètes (13 %), puis les psychoses ou autres troubles graves de la personnalité (10 %) et les insuffisances respiratoires (4 %). Les maladies hors liste représentent 7 % des affections de longue durée principalement des maladies du système ostéoarticulaire.

1.2.2. L'état de santé, premier déterminant de l'exonération du ticket modérateur

L'exonération médicale ayant pour objectif de prendre en charge le ticket modérateur des personnes les plus malades, il est logique d'observer une augmentation de la fréquence de l'exonération avec la détérioration de l'état de santé et, par conséquent, avec l'âge.

Environ 3 personnes sur 10 sont exonérées du ticket modérateur pour des raisons médicales après 64 ans ; 37 % à 80 ans et plus. La quasi totalité de ces personnes âgées sont exonérées pour une affections de longue durée (ALD)⁹ (cf. Rapport annexe tableau 2).

A l'opposé, les enfants et les adultes jeunes sont rarement exonérés du ticket modérateur pour raisons médicales (2 % avant 16 ans et 3 % entre 16 et 39 ans). Après les ALD, les principaux motifs d'exonération sont : le handicap pour les enfants de moins de 16 ans ; la grossesse pour les femmes de 16 à 39 ans et l'incapacité ou l'invalidité pour les personnes de 40 à 64 ans.

Les problèmes de santé entraînent une exonération du ticket modérateur soit pour une ALD, soit parce que les personnes sont invalides, handicapées. Il est donc logique d'observer que 71 % des personnes les plus malades (risque vital important¹⁰) sont exonérées du ticket modérateur. En terme d'invalidité¹⁰, 43 % des personnes devant restreindre ou réduire leur activité et 71 % des personnes sans autonomie ou alitées sont exonérées du ticket modérateur. L'exonération est également plus importante parmi les personnes s'évaluant en mauvaise santé. Environ 50 % des personnes se jugeant en très mauvaise santé sont exonérées et environ 30 % parmi les personnes qui se jugent en mauvaise santé¹¹.

1.2.3. L'exonération du ticket modérateur dépend de la composition familiale

Parmi les adultes de 18 ans et plus, l'exonération est plus fréquente chez les personnes sans enfant, vivant seule ou en couple, le taux d'exonération atteignant 17 %. Hors ceci n'est pas dû seulement à l'âge de ces personnes puisque les indices à âge et sexe comparables confirment ces observations (cf. Graphique 2). On constate également que parmi les " autres " ménages c'est-à-dire ceux comportant plusieurs familles¹², le taux d'exonération atteint 16 %. On peut penser qu'il s'agit de personnes malades, donc exonérées du ticket modérateur, qui ne peuvent vivre seules et sont donc hébergées dans leur famille.

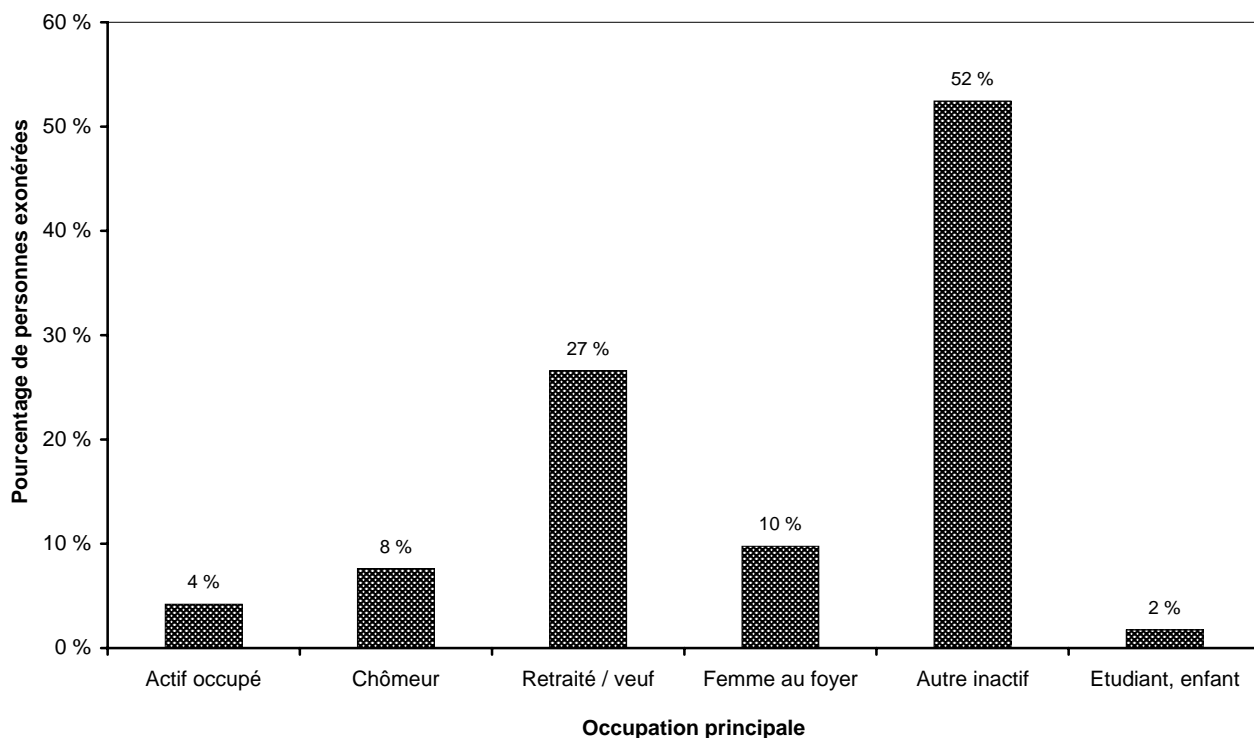
⁹ Cf. Glossaire.

¹⁰ Cf. Annexe méthodologique Chapitre C.3

¹¹ Cf. chapitre sur l'indicateur de santé perçue dans le chapitre Morbidité 2.4.

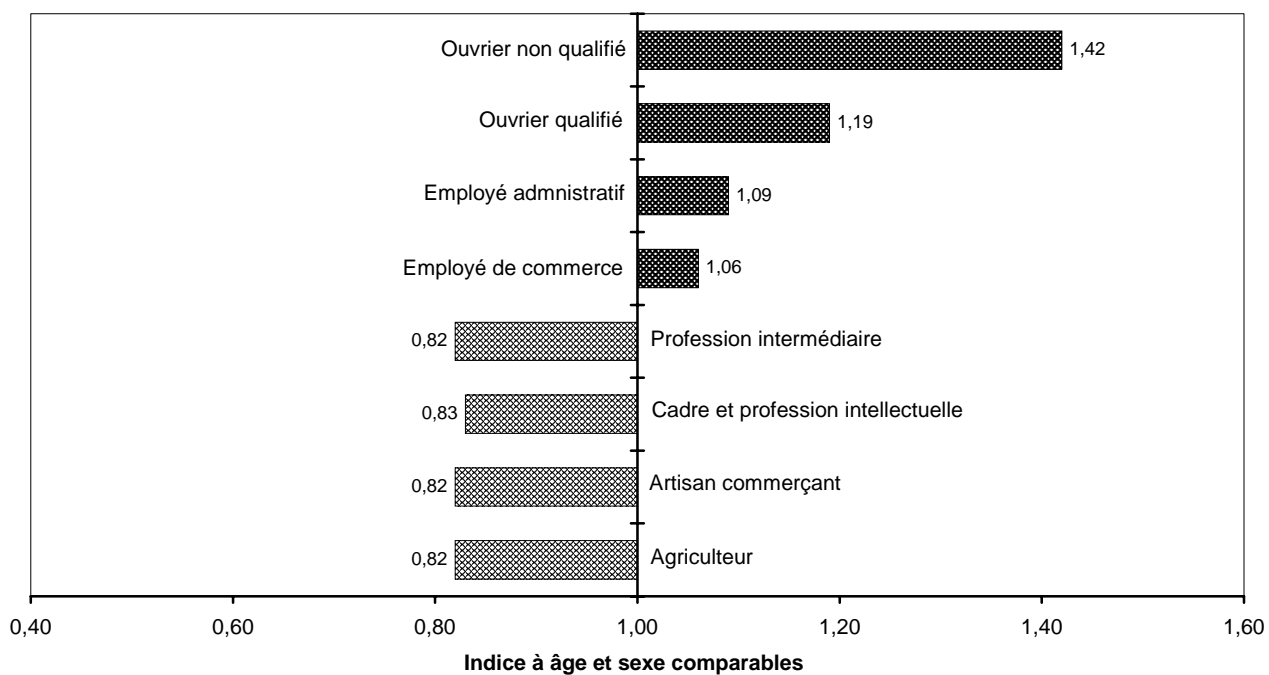
¹² Comme les familles hébergeant une personne âgée, la grand-mère vivant avec ses enfants et petits enfants par exemple.

Graphique 3
Taux d'exonération du ticket modérateur pour des motifs médicaux
selon l'occupation principale
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 4
Indice à âge et sexe comparables
du taux d'exonération du ticket modérateur selon le milieu social
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

1.2.4. L'exonération du ticket modérateur est liée à l'activité des personnes

L'exonération du ticket modérateur et l'occupation principale sont très liées (*cf. Graphique 3*). Une mauvaise santé entraîne souvent une inactivité : plus de la moitié des "autres inactifs"¹³ sont exonérés pour des raisons médicales. Près d'un tiers de ces personnes sont exonérées parce qu'elles sont titulaires d'une pension d'invalidité.

Environ un quart des retraités sont exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales et près d'une femme au foyer sur dix. L'âge élevé de ces personnes (âge moyen de 70 ans pour les retraités et de 48 ans pour les femmes au foyer) explique ces forts taux d'exonération.

Près de 8 % des chômeurs sont exonérés. A structure d'âge et de sexe comparables¹⁴, les chômeurs sont environ 2 fois plus souvent exonérés du ticket modérateur que l'ensemble de la population.

La répartition des affections de longue durée (ALD) diffère selon l'activité (*cf. Rapport annexe tableau 5*). En effet, les ALD des chômeurs et des "autres inactifs" sont surtout des troubles graves de la personnalité, essentiellement des dépressions. C'est le cas de deux tiers des ALD des "autres inactifs" et un quart des ALD des chômeurs. Pour les actifs occupés, environ 1 ALD sur 6 est un diabète et 1 sur 6 est une tumeur. Pour les femmes au foyer, environ 1 ALD sur 6 est une tumeur et 1 sur 6 est une cardiopathie. Chez les retraités, 20 % des ALD sont des artériopathies ou infarctus, 16 % des cardiopathies et 16 % des tumeurs.

L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale est plus fréquente dans les milieux d'agriculteur et d'ouvrier non qualifié¹⁵. En effet, avec 12 % d'exonérés, les personnes appartenant à un ménage d'agriculteur ont le plus fort taux d'exonération suivi des ménages d'ouvrier non qualifié (11 %). On retrouve des résultats similaires selon la profession individuelle ou l'ancienne profession des adultes enquêtés. Les agriculteurs et les ouvriers sont plus fréquemment exonérés du ticket modérateur pour des motifs médicaux.

Cependant, à âge et sexe comparables, ce sont les milieux d'ouvrier, qualifié ou non, qui sont le plus souvent exonérés du ticket modérateur (*cf. Graphique 4*). La différence est particulièrement nette avec les milieux de cadres, des personnes exerçant une profession intermédiaire mais également avec les milieux agricoles.

Le régime de protection sociale dépend de la profession ou de l'ancienne profession de la personne. Les personnes affiliées au Régime général ou au régime des "non salariés, non agricoles" (CANAM) sont moins souvent exonérées du ticket modérateur que les personnes rattachées à la Mutualité sociale agricole (MSA). Environ 11 % des personnes du régime agricole sont exonérées. Mais ce taux élevé est dû à l'âge plus élevé de cette population.

1.2.5. Les personnes défavorisées sont plus souvent exonérées pour des raisons médicales

Comme nous venons de le voir, à structure d'âge et de sexe comparable, les personnes appartenant aux milieux sociaux d'ouvrier qualifié et d'employé sont plus fréquemment exonérés que les autres milieux sociaux. Cette influence du milieu social peut également s'observer avec le niveau de scolarisation des adultes : les adultes peu scolarisés sont plus souvent exonérés pour des raisons médicales. En effet, près d'un quart des adultes, non scolarisés ou scolarisés jusqu'en primaire, sont exonérés du ticket modérateur. Ces résultats sont confirmés à âge et sexe comparables.

¹³ Les "autres inactifs" sont les inactifs qui ne sont ni des femmes au foyer, ni des enfants, ni des étudiants. Ce sont principalement des inactifs pour raison de santé.

¹⁴ Pour le calcul des indices à âge et sexe comparables, on rapporte le taux d'exonération d'une catégorie socioprofessionnelle, par exemple les agriculteurs, au taux d'exonération qu'aurait l'ensemble de la population si elle avait la même structure démographique que celle des agriculteurs (*Cf. Glossaire*).

¹⁵ Le "milieu social" correspond à la profession de la personne de référence du ménage (*Cf. Glossaire*).

A structure d'âge et de sexe comparables, les personnes dont le revenu par unité de consommation¹⁶. est inférieur à 5 500 francs sont plus fréquemment exonérées du ticket modérateur pour des raisons médicales.

D'autre part, on notera que les bénéficiaires de la CMU sont plus souvent exonérés pour des raisons médicales. Il en est de même pour les personnes sans couverture complémentaire ; il est probable que certaines personnes ne prennent pas de couverture complémentaire car elles sont déjà prises en charge à 100 %.

Globalement, on peut supposer que les médecins des personnes ayant peu de ressources financières ou sans couverture complémentaire, font plus souvent, ou du moins plus rapidement, une demande d'exonération du ticket modérateur que pour les autres patients.

1.3. La Couverture maladie universelle

[cf. Rapport annexe tableau 6]

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle (CMU) offre notamment une couverture complémentaire gratuite pour les personnes appartenant à un ménage disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 3 500 francs¹⁷.

Dans l'enquête SPS, pour définir les personnes bénéficiant de la CMU, nous utilisons uniquement la déclaration des enquêtés c'est-à-dire la réponse aux questions " *Actuellement, bénéficiez-vous de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU) ?* " ou " *Actuellement, bénéficiez-vous de l'Aide Médicale (AMG) ou d'une Carte Santé de type Paris Santé ou Passeport Rhône Soins ?* ".

1.3.1. La disparition de l'Aide Médicale

Lors de sa création, la CMU a remplacé l'Aide médicale (AMG), les personnes bénéficiant de cette dernière ont donc automatiquement bénéficié de la protection complémentaire de la CMU. Si ce passage s'est effectué comme prévu au niveau administratif, certaines personnes n'ont pas assimilé immédiatement ce changement et ont continué à appeler " AMG " ce qui en fait correspondait à la CMU.

Tableau n° 1
La déclaration de la CMU et de l' AMG selon la vague de l'enquête
France 2000

	Répartition des enquêtés (données pondérées)			Effectif total observé
	Vague 1	Vague 2	Ensemble	
Déclare bénéficiaire de la CMU	4,1 %	4,1 %	4,1 %	663
Déclare bénéficiaire de l'AMG	1,3 %	0,4 %	0,8 %	140
Déclare ne pas avoir la CMU	94,5 %	95,3 %	94,9 %	19 189
Ne sait pas	0,2 %	0,2 %	0,2 %	53
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	20 045

Source : CREDES-ESPS 2000

¹⁶ Cf. Glossaire.

¹⁷ La Couverture maladie universelle permet aussi aux personnes ne disposant pas de la protection de base de la Sécurité sociale d'être protégées, on parle alors de " CMU de base ". Toutefois, dans l'enquête SPS, nous nous intéressons uniquement à la CMU complémentaire (Cf. Glossaire).

Quelle que soit la vague d'enquête, 4,1 % des enquêtés déclarent bénéficier de la CMU et 0,2 % ne savent pas s'ils en bénéficient ou non. En 1^{ère} vague, de février à avril 2000, 1,3 % des enquêtés déclaraient bénéficier de l'AMG et non de la CMU. L'information sur la CMU s'étant diffusée, ce taux tombe à 0,4 % en 2^{nde} vague, d'octobre à décembre 2001. Au total, sur l'année 2000, 0,8 % des enquêtés se déclarent encore à l'AMG alors que celle-ci a été remplacée par la CMU.

Dans la suite de l'étude, les individus déclarant bénéficier de l'AMG sont regroupés avec les bénéficiaires de la CMU. Par conséquent, 5 % des enquêtés déclarent bénéficier de la CMU (ou de l'AMG) en 2000 (Cf. encadré ci-dessous).

Avant d'avoir la CMU, deux tiers des bénéficiaires de la CMU disposaient de l'Aide Médicale en 1999 soit 3,2 % de l'ensemble des enquêtés. Un tiers des bénéficiaires de la CMU sont nouveaux dans ce système de protection sociale soit 1,6 % des enquêtés¹⁸.

Précaution méthodologique sur la CMU complémentaire

La mise en place de la CMU s'est déroulée sur l'année 2000 entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires au fil des mois. L'enquête SPS a été réalisée au 2^{ème} et 4^{ème} trimestre 2000 et représente ainsi un point moyen sur l'année 2000. L'enquête ne comptabilise donc pas l'ensemble des bénéficiaires cumulés de l'année 2000. Par exemple, il est probable que certaines personnes ne bénéficiaient pas encore de la CMU en 1^{ère} vague alors qu'elles en disposaient en fin d'année.

Ainsi, le taux de 5 % de bénéficiaires de la CMU complémentaire observé dans l'enquête est un taux moyen sur l'année 2000. Il est nettement inférieur au 7,5 % de bénéficiaires en France métropolitaine au 31 décembre 2000 (source : DREES).

D'autre part, ce taux est par définition sous estimé puisque cette enquête est menée en population générale, à partir d'une adresse individuelle, et par conséquent elle n'interroge pas les SDF ; par ailleurs, on sait que les personnes en situation précaire participent moins souvent à ce type d'enquête. Enfin, les données sont déclaratives et ne peuvent donc être aussi fiables que des données administratives.

1.3.2. La CMU parmi les personnes avec un revenu inférieur à 3 500 francs par unité de consommation

En 2000, la population ayant droit à la CMU complémentaire correspondait aux personnes bénéficiant de revenus mensuels par unité de consommation inférieurs à 3 500 francs¹⁹. Dans l'enquête, parmi cette population, seuls 32 % déclarent bénéficier de la CMU complémentaire, 68 % déclarent ne pas en bénéficier et 1 % ne savent pas répondre.

Ce chiffre de 32 % est surprenant puisque théoriquement 100 % des personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 francs devraient bénéficier de la CMU. Plusieurs facteurs méthodologiques peuvent expliquer une partie de cet écart :

- les données de l'enquête reflètent un point moyen sur l'année 2000 sur un phénomène en constante augmentation (Cf. encadré ci-dessus).
- une mauvaise déclaration des enquêtés, certains bénéficiant de la CMU mais ne le déclarant pas, ou une mauvaise déclaration des revenus.
- un revenu par unité de consommation qui diffère de celui utilisé dans les caisses pour accorder la CMU puisque nous n'utilisons pas les revenus sur 12 mois glissants. Par ailleurs, le revenu et les unités de consommation sont évalués pour tout le foyer et pas seulement pour les bénéficiaires de la CMU.

¹⁸ 0,2 % des enquêtés ne savent pas s'ils bénéficiaient de l'AMG en 1999.

¹⁹ En novembre 2000, ce montant a été porté à 3 600 francs.

Toutefois ces facteurs n'expliquent certainement pas que 68 % des personnes répondant aux critères d'attribution de la CMU complémentaire déclarent ne pas en être bénéficiaire, soit 321 ménages observés (377 ménages et 927 personnes en données pondérées).

Sur ces 321 ménages sans CMU, seuls 47 % avaient déjà entendu parler de ce nouveau dispositif avant l'enquête. Même si la connaissance de la CMU s'est améliorée en deuxième vague (44 % en 1^{ère} vague et 50 % en seconde vague). La moitié de ces personnes cibles n'ont pas entendu parler de la CMU. Dans ces conditions, il est donc évident que ces ménages ne peuvent en avoir fait la demande.

Tableau n° 2
Connaissance de la CMU
parmi les ménages avec un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 3 500 francs
France 2000

	Effectif		Répartition	
	observé	pondéré	de l'ensemble des ménages	des ménages non cmuistes
Ménage cmuiste ?				
Oui	95	140	27 %	-
Non, mais en a entendu parler	151	177	35 %	47 %
Non, mais n'en a pas entendu parler	170	200	38 %	53 %
Ensemble	418	521	100 %	-

Source : CREDES-ESPS 2000

Au total, près de 4 ménages sur 10 déclarant des revenus leur donnant la possibilité de bénéficier de la CMU, n'en avaient pas entendu parler en 2000.

Après avoir expliqué succinctement la CMU à la personne enquêtée, nous lui demandons si elle pensait y avoir droit. Seuls 44 % des ménages non CMUistes mais potentiellement bénéficiaires du fait de leur niveau de revenu pensent y avoir droit, 40 % pensent ne pas y avoir droit et 16 % ne savent pas répondre.

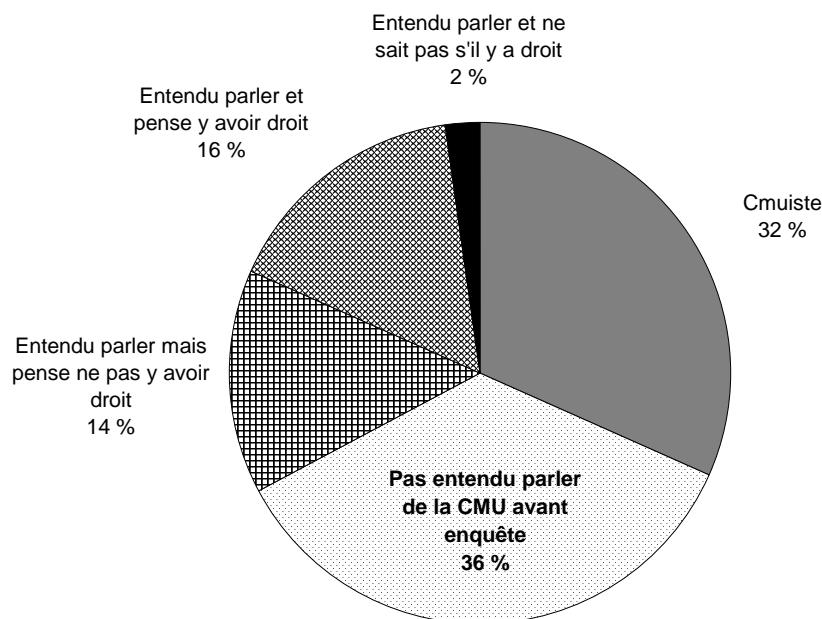
Tableau n° 3
Pense avoir droit à la CMU
parmi les ménages avec un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 3 500 francs
France 2000

	Répartition des ménages (données pondérées)			Effectif total observé
	Vague 1	Vague 2	Ensemble	
Pense avoir droit à la CMU ?				
Oui	40 %	49 %	44 %	124
Non	41 %	39 %	40 %	145
Ne sait pas	19 %	12 %	16 %	52
Ensemble	100 %	100 %	100 %	321

Source : CREDES-ESPS 2000

Par conséquent, parmi les personnes disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation de moins de 3 500 francs (cf. Graphique 5), seulement 32 % bénéficient de la CMU. 52 % de ces individus semblent être mal informés de leur droit : 36 % n'avaient jamais entendu parler de la CMU avant l'enquête, 14 % en ont entendu parler mais pensent ne pas y avoir droit et 2 % ne savent pas.

Graphique 5
Répartition des personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 francs
selon leur situation vis-à-vis de la CMU
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Si globalement, 16 % de tous les enquêtés dont les revenus sont inférieurs à 3 500 francs pensent avoir droit à la CMU, seuls 20 % en ont fait la demande, 44 % pensent en faire une, 12 % ne demanderont rien et 14 % ne savent pas ce qu'ils feront.

Il s'avère donc que le faible taux de bénéficiaires de la CMU relevé dans l'enquête reflète une certaine méconnaissance des droits des bénéficiaires potentiels de ce mode de protection.

Toutefois, dans l'enquête Santé et Protection sociale 2000, 5 % des enquêtés bénéficient de la protection complémentaire de la CMU. Qui sont-ils ?

1.3.3. Les bénéficiaires de la CMU apparaissent en moins bonne santé

Comme l'ont déjà montré plusieurs études²⁰, les bénéficiaires de la CMU sont plutôt des adultes jeunes et des enfants. Environ 70 % des bénéficiaires de la CMU ont moins de 40 ans dont 42 % moins de 20 ans. L'âge moyen des bénéficiaires de la CMU est de 29 ans pour les hommes comme pour les femmes contre 36 ans pour l'ensemble de la population.

Les femmes bénéficient plus souvent de la CMU ; 5,5 % des enquêtées déclarent bénéficier de la CMU contre 4,3 % des hommes.

Les bénéficiaires de la CMU étant jeunes, ils sont plus fréquemment en bonne santé : 45 % des bénéficiaires de la CMU n'ont aucun risque vital contre 40 % pour les non CMUistes ; 42 % n'ont aucune gêne contre 36 % pour les non CMUistes. En revanche, leur appréciation personnelle de leur état de santé est plus mauvaise : 20 % des bénéficiaires de la CMU se notent entre 0 et 6 sur 10 (mauvaise ou très mauvaise santé) contre 13 % des non bénéficiaires. Mais cette "bonne santé" est relative puisqu'elle semble être due uniquement à un effet de l'âge. En effet, à structure d'âge et de sexe comparable, les bénéficiaires de la CMU apparaissent en moins bonne santé. Le chapitre suivant sur la morbidité détaille davantage les maladies dont souffrent les bénéficiaires de la CMU.

On peut remarquer que les bénéficiaires de la CMU sont plus souvent exonérés pour des raisons médicales que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU.

1.3.4. Les ouvriers et les employés bénéficient plus souvent de la CMU

La CMU étant destinée aux personnes en situation précaire, elle concerne fréquemment les chômeurs. Deux chômeurs sur 10 déclarent bénéficier de la CMU. A structure d'âge et de sexe comparable, les chômeurs bénéficient 6 fois plus de la CMU que l'ensemble de la population. Notons également que 13 % des "autres inactifs" sont bénéficiaires de la CMU et 9 % des femmes au foyer (cf. Rapport annexe tableau 6).

De très fortes disparités existent selon le milieu social²¹ (cf. Graphique 6). Dans les milieux d'agriculteur, de cadre supérieur et de profession intermédiaire, environ 1 % des personnes sont bénéficiaires de la CMU. Ensuite, le taux de bénéficiaires de la CMU atteint 5 % dans les milieux d'ouvrier qualifié, 6 % parmi les ménages d'artisan-commerçant et 8 % parmi les employés administratifs. Les personnes bénéficiant le plus fréquemment de la CMU sont celles appartenant aux milieux d'ouvrier non qualifié et d'employé de commerce avec environ 12 % de bénéficiaires de la CMU. Cette hiérarchie est confirmée à structure d'âge et de sexe comparable.

Ce sont les adultes les moins scolarisés qui bénéficient le plus de la CMU : 16 % de bénéficiaires de la CMU parmi les adultes non scolarisés. Ensuite, le taux diminue progressivement passant de 5 % pour les niveaux d'études "maternelle, primaire, CEP" à 2 % pour les niveaux d'études "supérieures". A âge et sexe comparables, les adultes non scolarisés bénéficient 5 fois plus souvent de la CMU que l'ensemble de la population.

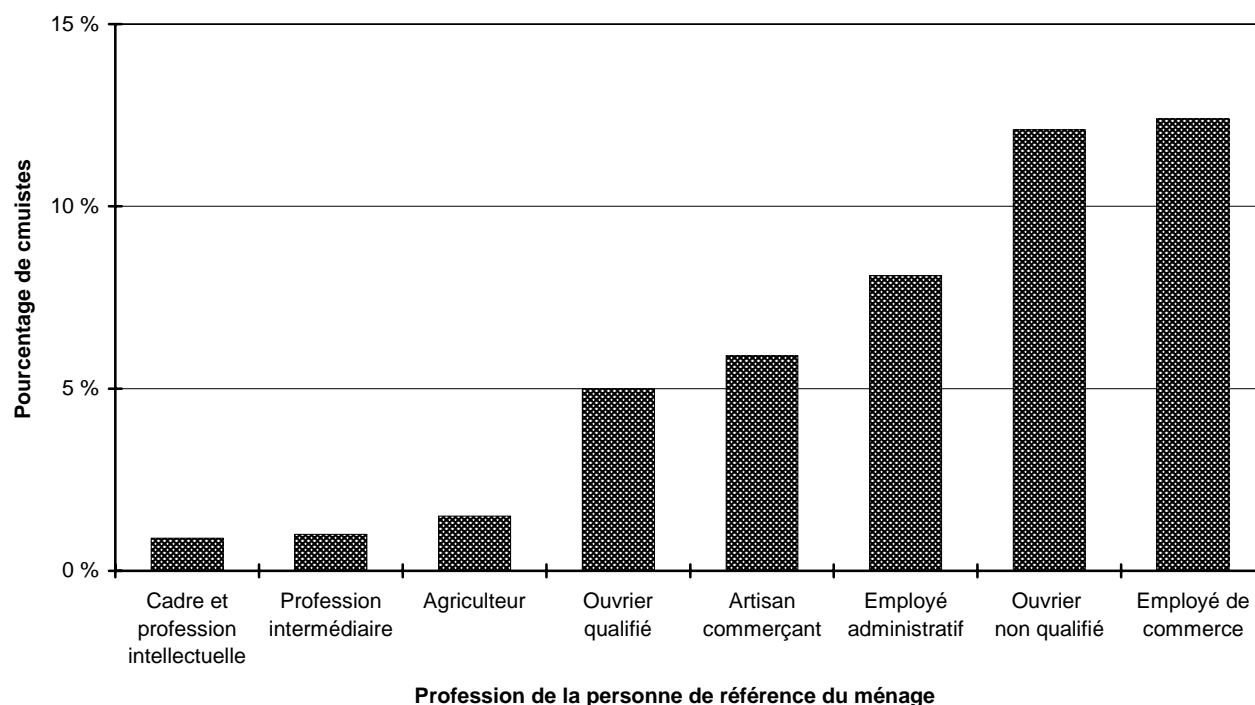
²⁰ - Boisguérin B., Gissot C., DREES, Ministère de la santé et de la solidarité ;

- Auvray L., Grignon M. (CREDES), Opinions sur la couverture maladie universelle et bénéficiaires au premier trimestre 2000, 2001/06, CREDES, Questions d'économie de la santé - Série "Résultats" ;

- Girard I., Merlière J., La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU au terme d'une année de remboursement, CNAMTS, Point Stat n°31.

²¹ Le "milieu social" correspond à la profession de la personne de référence du ménage. Cf. Glossaire

Graphique 6
Taux de personnes bénéficiant de la CMU selon le milieu social
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Deux types de familles bénéficient davantage de la CMU : les familles monoparentales et les familles nombreuses. Les familles monoparentales sont les premières bénéficiaires puisque 15 % des adultes de 18 ans et plus et 20 % des enfants en bénéficient dans ces familles. De même, 13 % des adultes appartenant à des ménages de plus de 5 personnes et 18 % des enfants bénéficient de la CMU.

1.3.5. 14 % des personnes vivant du RMI ne savent pas qu'ils bénéficient de la CMU

Environ 2,5 % des enquêtés déclarent vivre du RMI²² (cf. Rapport annexe tableau 1).

Parmi l'ensemble des personnes vivant du RMI, 86 % déclarent bénéficier de la CMU (cf. Rapport annexe tableau 6). Ce taux reste néanmoins faible, puisque théoriquement, tous les bénéficiaires du RMI sont automatiquement affiliés à la CMU. On peut penser que, soit ils n'ont pas été suffisamment informés, soit l'information fournie n'a pas été bien comprise.

1.3.6. 3 bénéficiaires de la CMU sur 10 ne déclarent pas de couverture complémentaire

La CMU donne théoriquement droit au bénéfice d'une couverture complémentaire maladie soit auprès de la sécurité sociale soit auprès d'un organisme complémentaire d'assurance maladie privé. Toutefois, l'information ne semble pas être claire pour tous les bénéficiaires de la CMU. En effet, 3 bénéficiaires de la CMU sur 10 déclarent ne pas bénéficier de couverture complémentaire et cela malgré une relance de l'enquêteur.

²² Bien que le RMI, Revenu Minimum d'Insertion, soit versé par foyer, nous comptabilisons ici l'ensemble des allocataires du RMI et leurs ayants droit (conjoint et enfants). Les données nationales donnent un taux de 2 % d'allocataires du RMI en France (hors DOM) à la fin 2000 (source : DREES).

Tableau n° 4
La déclaration d'une couverture complémentaire parmi les bénéficiaires de la CMU
France 2000

	Effectif observé	Données pondérées	
		Effectif	Pourcentage
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire (hors CMU) et au titre de la CMU	6	9	0,9 %
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire (hors CMU)	62	60	6,1 %
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire au titre de la CMU	488	630	63,5 %
Aucune couverture complémentaire	247	293	29,5 %
Ensemble	803	992	100,0 %

Source : CREDES-ESPS 2000

- 30 % des bénéficiaires de la CMU ne déclarent pas de couverture complémentaire

Ces personnes sans couverture complémentaire se déclarent fréquemment prises en charge à 100 % (cf. Tableau n° 5). Près de la moitié d'entre elles déclarent être prises en charge à 100 % au titre soit de la CMU, soit de l'AMG soit du RMI. Ces personnes ne connaissent pas bien la notion de complémentaire santé mais elles savent qu'elles ne paient pas le ticket modérateur.

Tableau n° 5
Prise en charge à 100 % des bénéficiaires de la CMU qui ne déclarent pas de couverture complémentaire
France 2000

	Effectif observé	Données pondérées	
		Effectif	Pourcentage
Pris en charge à 100 % par l'AMG, la CMU ou le RMI	104	136	46 %
Pris en charge à 100 % pour des raisons médicales	28	30	10 %
Non pris en charge à 100 %	101	110	38 %
Ne sait pas	14	18	6 %
Ensemble	247	293	100 %

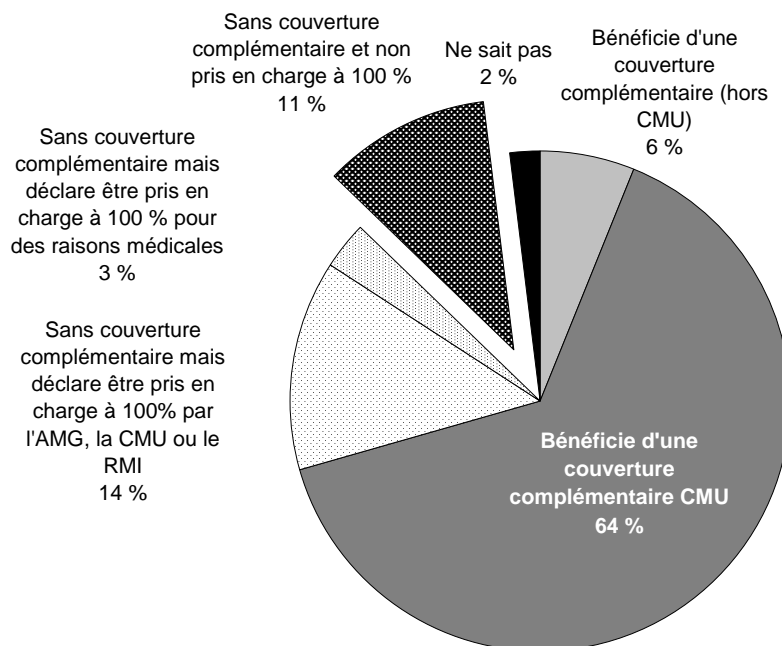
Source : CREDES-ESPS 2000

Par contre, environ 4 personnes sur 10 déclarent ne pas être prises en charge à 100 %. On peut donc supposer qu'elles auront un comportement de sous-consommation ne sachant pas qu'elles n'auront pas à payer le ticket modérateur. Ces individus représentent 11 % de toutes les personnes bénéficiant de la CMU (cf. Graphique 7).

D'autre part, nous demandons aux personnes se déclarant sans couverture complémentaire, pourquoi elles n'ont pas de couverture complémentaire CMU (cf. Rapport annexe tableau 20). Plus de la moitié des bénéficiaires de la CMU sans couverture complémentaire déclarée affirment ne pas en avoir car elles sont prises en charge à 100 %. 10 % sont en cours d'adhésion, ces personnes ont sûrement demandé la CMU et attendent la réponse de la Sécurité sociale. Toutefois, 16 % de ces personnes déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire pour des raisons financières.

Un tiers des bénéficiaires de la CMU sans couverture complémentaire déclarée ont déjà été protégés par une couverture complémentaire. 4 sur 10 l'ont perdue lors d'une cessation d'activité notamment le chômage, 4 sur 10 l'ont perdue pour des problèmes financiers et 1 sur 10 parce qu'il est pris en charge à 100 % (cf. Rapport annexe tableau 21).

Graphique 7
Couverture maladie déclarée par les bénéficiaires de la CMU
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- 70 % des bénéficiaires de la CMU déclarent une couverture complémentaire

Seuls 64 % des bénéficiaires de la CMU déclarent posséder une couverture complémentaire au titre de la CMU, 6 % déclarent disposer d'une couverture complémentaire (hors CMU) et 1 % déclare bénéficier de 2 couvertures complémentaires l'une à titre privé l'autre au titre de la CMU.

Dans l'enquête, 217 contrats de couverture complémentaire CMU sont déclarés. La majorité de ces contrats sont signés auprès d'une CPAM (86 %), viennent ensuite les mutuelles avec environ 9 % des contrats CMU ; les 5 % restant correspondent soit à des contrats auprès de sociétés d'assurance ou de prévoyance soit à des types de contrats inconnus.

Parmi les 217 couvertures complémentaires CMU déclarées au premier contact, seuls 160 donnent lieu à un questionnaire spécifique exploitable²³. Dans ces déclarations, il apparaît nettement que les personnes ignorent le niveau de remboursement de la complémentaire CMU. Ainsi, lorsqu'on demande à l'assuré comment la complémentaire rembourse les spécialistes, 42 % répondent qu'ils ne savent pas. Ces taux atteignent 79 % pour les appareils de redressement dentaire, 56 % pour les prothèses dentaires et 51 % pour les lunettes (cf. Rapport annexe tableau 8).

Parmi les personnes qui répondent pour les prothèses et les lunettes, environ 36 % pensent être bien remboursées ou remboursées en intégralité, 24 % remboursées moyennement et 40 % mal très mal ou pas du tout. Les avis des bénéficiaires sont très différents pour des niveaux de remboursement pourtant identiques. Ces opinions subjectives dépendent du prix du soin, de la présence ou non de dépassements²⁴, et bien évidemment de la connaissance de leur couverture complémentaire par les enquêtés.

En revanche, la très grande majorité des bénéficiaires de la CMU estime être bien, voire très bien, remboursé des soins de spécialistes : 81 % pensent être bien remboursés, 13 % moyennement et 5 % mal.

²³ Pour 57 contrats, l'enquêté a refusé de remplir le questionnaire.

²⁴ Théoriquement, les professionnels de santé n'ont pas le droit de pratiquer des dépassements quand leur patient bénéficie de la CMU.

Par ailleurs, nous avons demandé sur ces questionnaires spécifiques si les ménages CMUistes possédaient une couverture complémentaire avant d'avoir la CMU. Environ la moitié des personnes déclarent avoir été couvertes avant de bénéficier de la CMU.

1.4. La couverture complémentaire maladie (hors CMU)

Alors que 5 % des enquêtés bénéficient de la protection complémentaire de la CMU, 86 % des enquêtés déclarent être protégés par une couverture complémentaire maladie (hors CMU). Au total, 90 %²⁵ des personnes enquêtées possèdent une protection complémentaire au titre de la CMU ou non.

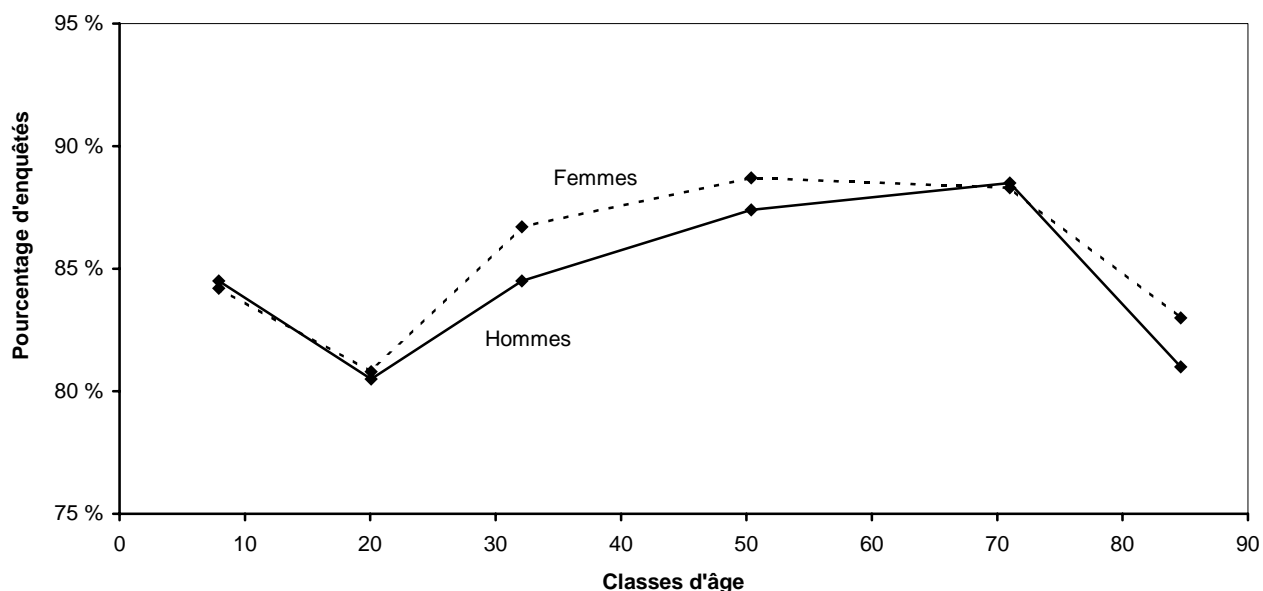
Nous étudions dans ce chapitre uniquement les couvertures complémentaires (hors CMU), celles obtenues au titre de la CMU ne sont pas traitées ici. Parmi les enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire maladie (hors CMU) :

- 2 % des enquêtés bénéficient de plusieurs couvertures complémentaires (hors cmu) ;
- 50 % des enquêtés sont au moins bénéficiaires d'une mutuelle²⁶ ;
- 18 % sont au moins clients d'une assurance privée ;
- 14 % sont au moins bénéficiaires d'une caisse de prévoyance ;
- 6 % déclarent une couverture complémentaire (hors CMU) mais nous n'en connaissons pas son statut²⁷.

1.4.1. Les adultes jeunes sont les moins souvent couverts par une protection complémentaire (hors CMU)

Les personnes qui bénéficient le moins souvent d'une couverture complémentaire (hors CMU) sont les jeunes de 20 à 29 ans (81 % de couverts). Les personnes les plus fréquemment protégées sont les adultes de 40 à 79 ans avec environ 88 % de personnes couvertes. Après 80 ans, le taux de couverture²⁸ diminue à 82 %.

Graphique 8
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU) selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

²⁵ Certains enquêtés bénéficiant de la CMU déclarent également une couverture complémentaire hors CMU.

²⁶ Cf. Glossaire à "Mutuelle", "Assurance privée", "Caisse de prévoyance".

²⁷ Une personne peut avoir plusieurs couvertures complémentaires et de nature différente.

²⁸ Cf. Glossaire "Taux de couverture".

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont peu souvent affiliées à une assurance : 14 % contre plus de 18 % pour les personnes de moins de 40 ans (cf. Rapport annexe tableau 9).

Les personnes ayant souscrit auprès d'une assurance sont significativement plus jeunes (35 ans) que celles bénéficiant d'une mutuelle (37 ans) ou d'une caisse de prévoyance (36 ans).

1.4.2. L'activité professionnelle favorise l'accès à une couverture complémentaire (hors CMU)

Quand les personnes ont ou avaient un emploi, le taux de couverture (cf. Glossaire) est élevé : près de 90 % des actifs occupés comme des retraités bénéficient d'une couverture complémentaire (hors CMU).

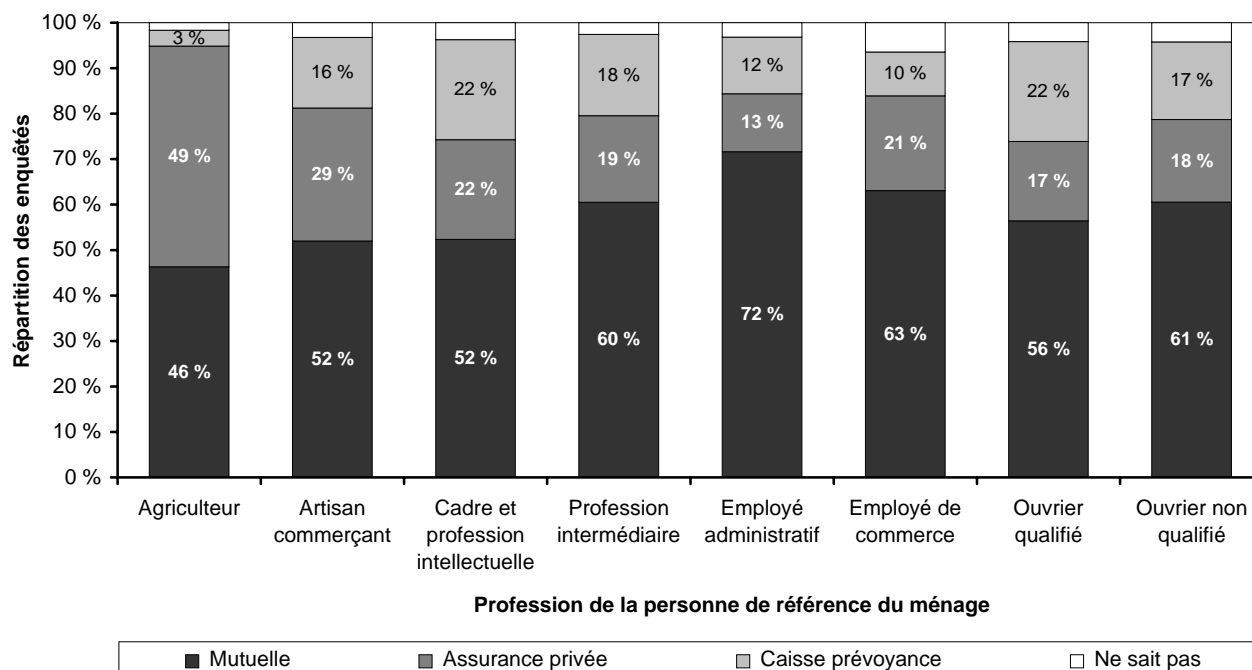
Inversement, les personnes qui sont le moins souvent protégées par une couverture complémentaire (hors CMU) sont les chômeurs, seulement 60 % de personnes couvertes et les autres inactifs, 66 %.

Dans la mesure où une personne obtient souvent sa couverture complémentaire par l'intermédiaire de son entreprise, le taux de protection dépend notamment de la profession (ou de la dernière profession) exercée par la personne de référence du ménage (cf. Glossaire).

Avec près de 94 % de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU), les familles de cadre, de profession intellectuelle et de profession intermédiaire sont plus souvent protégées par une couverture complémentaire. A l'inverse, parmi les familles d'employés de commerce et d'ouvrier non qualifié, environ 70 % de personnes sont couvertes.

Parmi les personnes disposant d'une couverture complémentaire, celles vivant dans les ménages d'employé, de profession intermédiaire ou d'ouvrier non qualifié sont le plus souvent mutualistes. Les plus fortes proportions de personnes couvertes par une caisse de prévoyance s'observent dans les ménages d'ouvrier qualifié et de cadre (cf. Graphique 9).

Graphique 9
Nature de la couverture complémentaire hors CMU selon le milieu social
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Les ménages dont le chef de famille n'est pas salarié sont davantage protégés par une assurance privée. En effet, parmi les familles d'agriculteur, 89 % des enquêtés bénéficient d'une couverture complémentaire et, pour plus de la moitié d'entre eux, il s'agit d'une assurance privée. Parmi les familles d'artisan-commerçant, 82 % des enquêtés bénéficient d'une couverture complémentaire et dans près d'un tiers des cas il s'agit d'une assurance privée.

Puisque le régime de Sécurité sociale dépend de la profession ou de l'ancienne profession, l'analyse du taux de couverture complémentaire par régime recouvre les résultats décrits plus haut par profession. Notons que la MSA qui a un rôle de protection obligatoire pour les exploitants et salariés agricoles dans toute la France, peut également assurer le rôle de couverture sous forme de complémentaire (mutuelle) dans une vingtaine de départements. Parmi l'ensemble des personnes protégées par la MSA, 45 % disposent d'une mutuelle (notamment la MSA), 39 % sont affiliés auprès d'une assurance privée et 6 % d'une caisse de prévoyance²⁹.

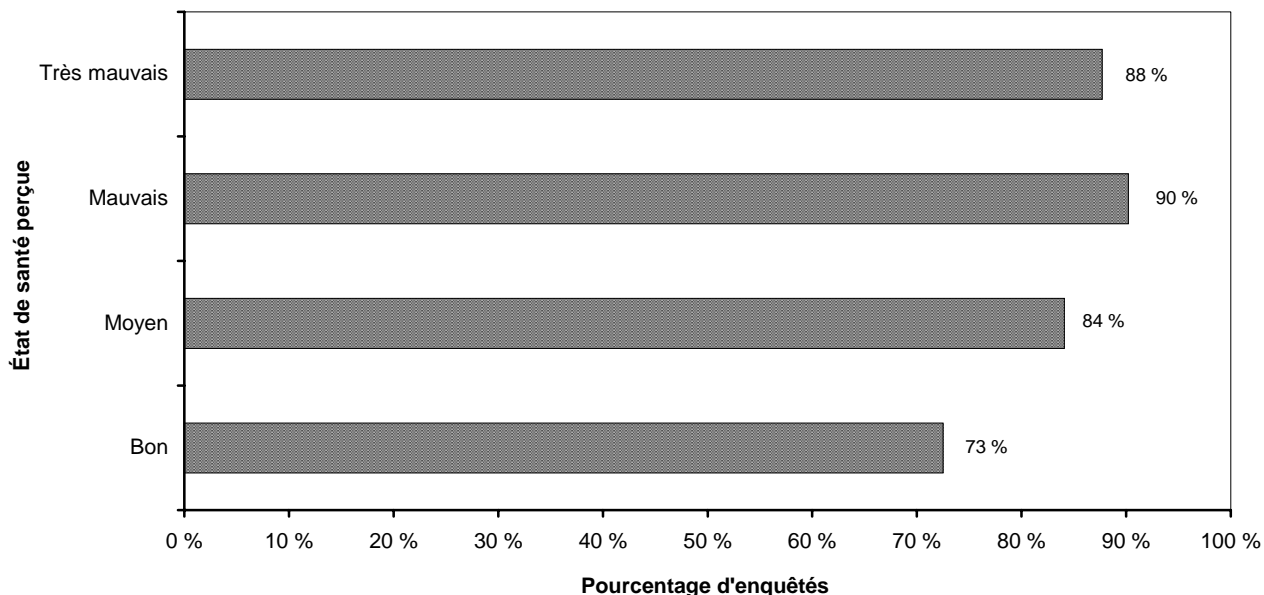
1.4.3. Les organismes mutualistes prennent en charge plus de personnes gravement malades

Dans cette enquête, l'état de santé est estimé à partir des affections déclarées par chaque personne. Cette morbidité déclarée est "affinée" par les médecins chargés du chiffrage des données médicales. Le risque vital et le degré d'invalidité sont des indicateurs synthétisant l'état de santé des enquêtés³⁰.

Le risque vital n'influe pas, a priori, sur le fait d'avoir ou non une couverture complémentaire. En ce qui concerne l'invalidité, on remarque que les personnes sans autonomie ou alitées sont peu souvent couvertes par une couverture complémentaire (66 %), elles sont généralement prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

En revanche, il existe une légère différence selon l'indicateur de santé perçue : plus les personnes se jugent en mauvaise santé moins elles bénéficient d'une couverture complémentaire.

Graphique 10
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU)
selon l'indicateur de santé perçue
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

²⁹ Les 10 % restant ne possédant pas de couverture complémentaire.

³⁰ Cf. Annexe Méthodologique - Chapitre C

La nature de la couverture complémentaire varie avec la dégradation de l'état de santé qui est, lui-même, lié à l'âge. Les personnes les plus malades, donc les plus âgées, sont davantage protégées par des mutuelles alors que les personnes en bonne santé, plus jeunes, bénéficient plus souvent d'une assurance privée. Les assurances privées représentent environ 22 % des couvertures complémentaires des personnes ne présentant aucun risque sur le plan vital ou un risque très faible contre seulement 15 % pour les personnes ayant un risque important. On observe des résultats cohérents avec le comportement assuranciel des individus selon leur génération, c'est-à-dire plus de mutuelle chez les personnes âgées et plus d'assurance privée chez les jeunes.

1.4.4. La précarité influe fortement sur le taux de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU)

Seule la moitié des personnes vivant dans un ménage dont le revenu mensuel par unité de consommation (*cf. Glossaire*) est inférieur à 3 500 F déclare bénéficier d'une couverture complémentaire (hors CMU). Ensuite, plus le revenu augmente, plus le taux de protection par une couverture complémentaire augmente, passant de 74 % pour les personnes ayant un revenu par unité de consommation compris entre 3 500 F et 4 500 F à 96 % pour les personnes ayant un revenu par unité de consommation supérieur à 8 500 F. On retrouve les mêmes tendances à âge et sexe comparables.

Parmi les personnes bénéficiant du RMI, seulement 9 % déclarent être protégées par une couverture complémentaire, mais elles sont théoriquement prises en charge à 100 % au titre de la CMU.

Le niveau de couverture diffère également selon la composition familiale. Les enfants et les adultes appartenant à des familles de 6 personnes ou plus bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire : 65 % pour les adultes et 62 % pour les enfants. D'autre part, 64 % des enfants appartenant à une famille monoparentale bénéficient d'une couverture complémentaire contre 89 % des enfants vivant avec leurs 2 parents.

1.5. Le mode d'obtention de la couverture complémentaire (hors CMU)

L'objectif de cette partie étant de comprendre comment est obtenue la couverture complémentaire (en dehors des complémentaires CMU), nous nous intéressons ici uniquement aux personnes qui ont souscrit un contrat, c'est-à-dire l'assuré lui-même, sans tenir compte de ses ayants droit. Parmi les foyers enquêtés, nous connaissons 8 790 contrats de couvertures complémentaires.

Méthode de recueil en 2000 :

Dans l'enquête SPS 2000, nous avons modifié le recueil du mode d'obtention de la couverture complémentaire.

En effet, le mode d'obtention est déclaré une première fois lors du premier contact. Nous demandons alors seulement si la couverture complémentaire est obtenue par l'intermédiaire de l'entreprise ou non. Toutefois, la personne interviewée lors du premier contact n'étant pas nécessairement la personne assurée à la couverture complémentaire, la réponse peut être approximative.

Pour ces raisons, nous affinons cette première déclaration dans un questionnaire spécifique dans lequel nous différencions la couverture d'entreprise obligatoire de la facultative. Mais cette notion est exploitable uniquement pour les salariés actifs.

Parmi l'ensemble des contrats de couverture complémentaire, 59 % sont des contrats mutualistes, 19 % des contrats souscrits auprès d'assurances privées et 14 % auprès de caisses de prévoyance. Pour les 8 % restant, le statut de l'organisme est indéterminé.

Environ 57 % des contrats sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette proportion est de 77 % pour les contrats de caisse de prévoyance, de 55 % pour les contrats mutualistes et 49 % pour ceux des assurances privées (*cf. Rapport annexe tableau 10*).

1.5.1. Le mode d'obtention d'une couverture complémentaire est liée à l'activité professionnelle

Les actifs occupés sont majoritairement couverts par leur entreprise : deux tiers de leurs contrats sont souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise. Certains retraités ou veufs sont encore liés à leur ancienne entreprise par leur couverture complémentaire puisque 47 % de leurs contrats sont en relation avec leur ancienne entreprise ou leur ancien milieu professionnel (cf. Rapport annexe tableau 11).

Le fait d'être salarié est déterminant dans le mode d'obtention d'une couverture complémentaire. En effet, 61 % des contrats pris par des salariés ou anciens salariés le sont par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette proportion n'est que de 30 % pour les personnes non salariées : 28 % des contrats des agriculteurs et 34 % de ceux des artisans-commerçants sont liés à l'entreprise ou au milieu professionnel.

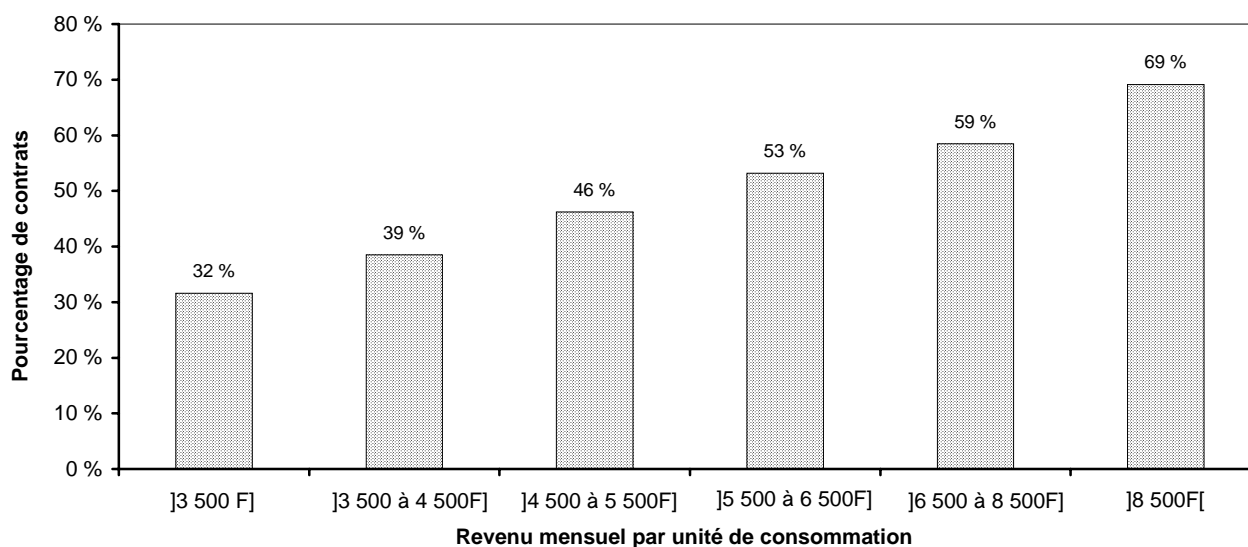
Certaines catégories de salariés se distinguent par la faible proportion de contrats obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise. Il s'agit essentiellement des employés de commerce avec seulement 30 % de contrats d'entreprise. Viennent ensuite les contrats des ouvriers non qualifiés dont seulement 48 % sont obtenus par l'intermédiaire d'une entreprise.

Dans les autres professions, le contrat est obtenu principalement par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette part varie de 75 % pour les contrats des cadres et des professions intellectuelles supérieures³¹ à 68 % pour les contrats des professions intermédiaires, 65 % pour ceux des employés administratifs et 60 % pour ceux des ouvriers qualifiés.

Le régime obligatoire de Sécurité sociale dépendant de la profession, on retrouve donc un mode d'obtention de la couverture complémentaire selon les régimes proche de celui décrit par profession : 36 % des contrats des personnes affiliées à la Mutualité Sociale Agricole et 30 % des contrats des personnes affiliées à la CANAM passent par l'entreprise ou le milieu professionnel, contre 59 % des contrats des personnes du Régime général des salariés.

1.5.2. La proportion des contrats obtenus via l'entreprise est plus importante pour les ménages aux revenus élevés

Graphique 11
Pourcentage de contrats obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise
selon le revenu mensuel par unité de consommation du ménage
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

³¹ Dans cette classe, sont regroupés des salariés et certains non-salariés tels les médecins, avocats, ...

Les revenus par unité de consommation (*cf. Glossaire*) très faibles sont souvent expliqués par une absence de travail ou par des contrats de travail précaire. Par conséquent, les contrats de complémentaire maladie des personnes avec des petits revenus sont rarement souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise. Ainsi, à peine un tiers des contrats des personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 F sont pris par l'intermédiaire de l'entreprise. Ensuite, la proportion de contrats obtenus par l'entreprise augmente avec le revenu par unité de consommation pour atteindre plus de deux tiers des contrats pour les revenus supérieurs à 8 500 francs par unité de consommation (*cf. Graphique 11*).

1.5.3. Les contrats d'entreprise obligatoires sont plus fréquents dans les milieux aisés

La notion d'obligation de souscription à la couverture complémentaire de son entreprise est appréhendée dans le questionnaire spécifique "couverture complémentaire" (*cf. Rapport annexe tableau 12*). Cette notion est exploitable uniquement pour les actifs salariés qui travaillent effectivement dans une entreprise. Pour les autres catégories de personnes, elle n'a pas beaucoup de sens. Au total, 47 % des contrats d'entreprises des actifs salariés sont dits obligatoires et 53 % facultatifs.

L'obligation de souscrire une couverture complémentaire dans l'entreprise concerne plutôt les milieux favorisés. En effet, 56 % des contrats d'entreprise sont obligatoires pour les cadres. A l'opposé, les employés ont des contrats d'entreprises facultatifs ; seuls 40 % de leurs contrats sont obligatoires. Les revenus des cadres sont en général supérieurs à ceux des employés ce qui explique que plus le revenu par unité de consommation augmente, plus la part des contrats d'entreprise obligatoire augmente. D'environ 21 % de contrats obligatoires pour les revenus par unité de consommation inférieurs à 3 500 francs, le taux passe à 36 % pour les revenus par unité de consommation situés entre 3 500 et 5 500 francs. Il atteint près de 50 % pour les revenus supérieurs à 5 500 francs par unité de consommation.

1.6. Le niveau de remboursement des couvertures complémentaires

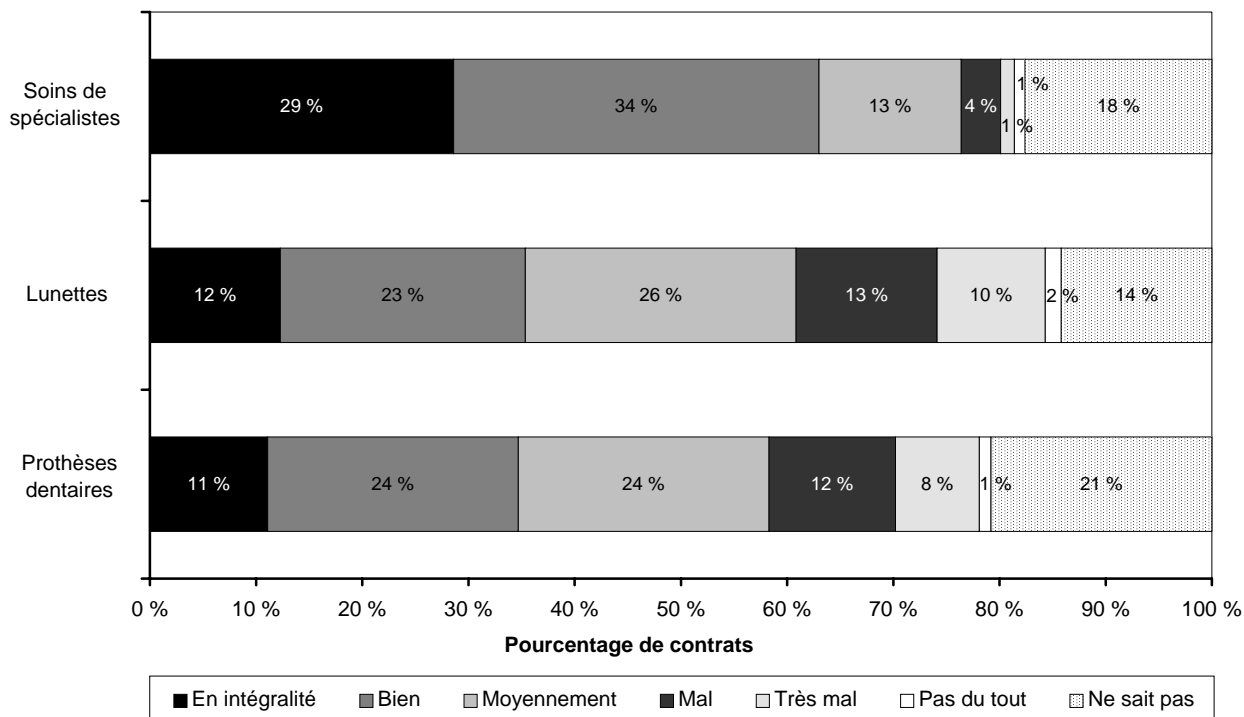
1.6.1. Opinion sur le niveau de remboursement de la couverture complémentaire

Dans le questionnaire adressé pour chaque contrat de couverture complémentaire, l'enquêté qui le complète donne son opinion sur le niveau de remboursement des couvertures complémentaires. La question posée est "Comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale ?". Elle concerne, dans l'enquête 2000, quatre types de soins soit particulièrement mal remboursés par les régimes obligatoires, soit donnant fréquemment lieu à des dépassements : les lunettes, les prothèses dentaires, les appareils de redressement dentaires et les soins de spécialistes (*cf. Rapport annexe tableau 13*).

On ne relève ni le montant des primes d'assurance ou des cotisations mutualistes, ni les autres services fournis (soins de généraliste et d'auxiliaire, pharmacie, analyses de laboratoire, hospitalisation, soins aux personnes âgées, ...). On ne peut donc pas, à partir de ces données, porter un jugement sur les coûts unitaires et la qualité des différents modes de couverture. On cherche seulement à savoir comment les personnes se sentent protégées pour ces quatre types de soins.

Le taux de non-réponse est particulièrement élevé, 14 % pour les lunettes, 18 % pour les soins de spécialistes et 21 % pour les prothèses dentaires. Il atteint 61 % pour l'orthodontie. Cette absence de réponse traduit la méconnaissance du niveau de remboursement du fait d'une non-consommation du soin concerné.

Graphique 12
Opinion sur le niveau de remboursement des couvertures complémentaires
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Pour 25 % des contrats, les personnes estiment que les lunettes sont mal, très mal ou pas du tout remboursées par leur couverture complémentaire ; ce taux est de 21 % pour les prothèses dentaires, et de seulement 6 % pour les soins de spécialistes (cf. Graphique 12).

A l'inverse, pour 63 % des contrats, les personnes considèrent être intégralement ou bien remboursées des soins de spécialistes, ce taux n'étant que de 35 % pour les prothèses dentaires et les lunettes. Pour les appareils de redressement dentaire, les personnes qui jugent, pour la plupart, être correctement remboursées. Toutefois, il existe un biais puisque les personnes qui répondent sont certainement celles qui ont eu des soins orthodontiques et elles sont sûrement assez bien remboursées par leur couverture complémentaire.

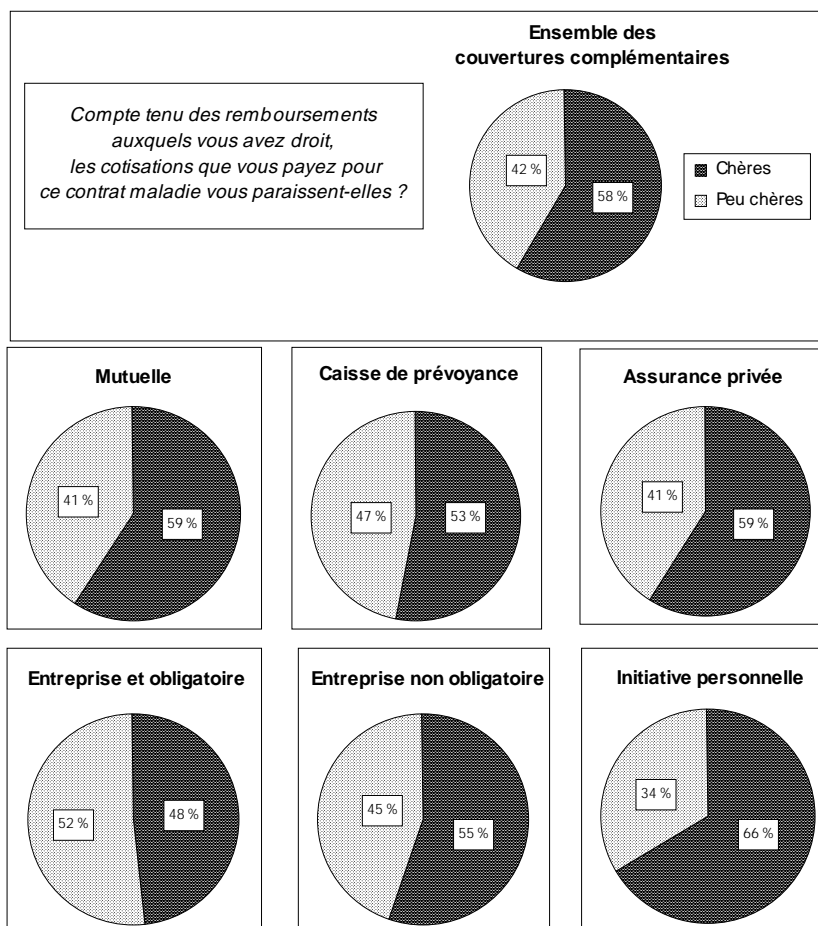
Les assurances remboursent plus souvent en intégralité les soins de spécialistes (35 %) que les caisses de prévoyance (32 %) ou que les mutuelles (26 %). Cette notion de remboursement intégral est peut être surestimée car une personne ne consultant qu'en secteur 1 et bénéficiant d'une couverture complémentaire ne remboursant que le ticket modérateur déclarera être remboursée intégralement ; en revanche si elle consulte en secteur 2, elle jugera certainement le remboursement moins bon.

Concernant les lunettes, 26 % des personnes bénéficiant de contrats de mutuelle ou d'assurance privée estiment qu'elles sont mal, très mal ou pas du tout remboursées ; ce taux est de 19 % pour les caisses de prévoyance (cf. Rapport annexe tableau 13).

Enfin, les enquêtés considèrent que 23 % des contrats de mutuelle remboursent mal, très mal voire pas du tout les prothèses dentaires. Cette proportion est de 20 % pour les assurances et de 14 % pour les caisses de prévoyance.

Sur dix contrats de couverture complémentaire, environ six ont des cotisations qui paraissent chères aux enquêtés. Mais ce nombre varie selon la nature de la couverture complémentaire : environ six contrats sur dix d'assurance privée et de mutuelle ont des cotisations jugées chères contre environ cinq sur dix pour les caisses de prévoyance (cf. Graphique 13 et Rapport annexe tableau 14).

Graphique 13
Appréciation du montant des cotisations, selon la nature de la couverture complémentaire et
le mode d'obtention de la couverture complémentaire
 France 2000

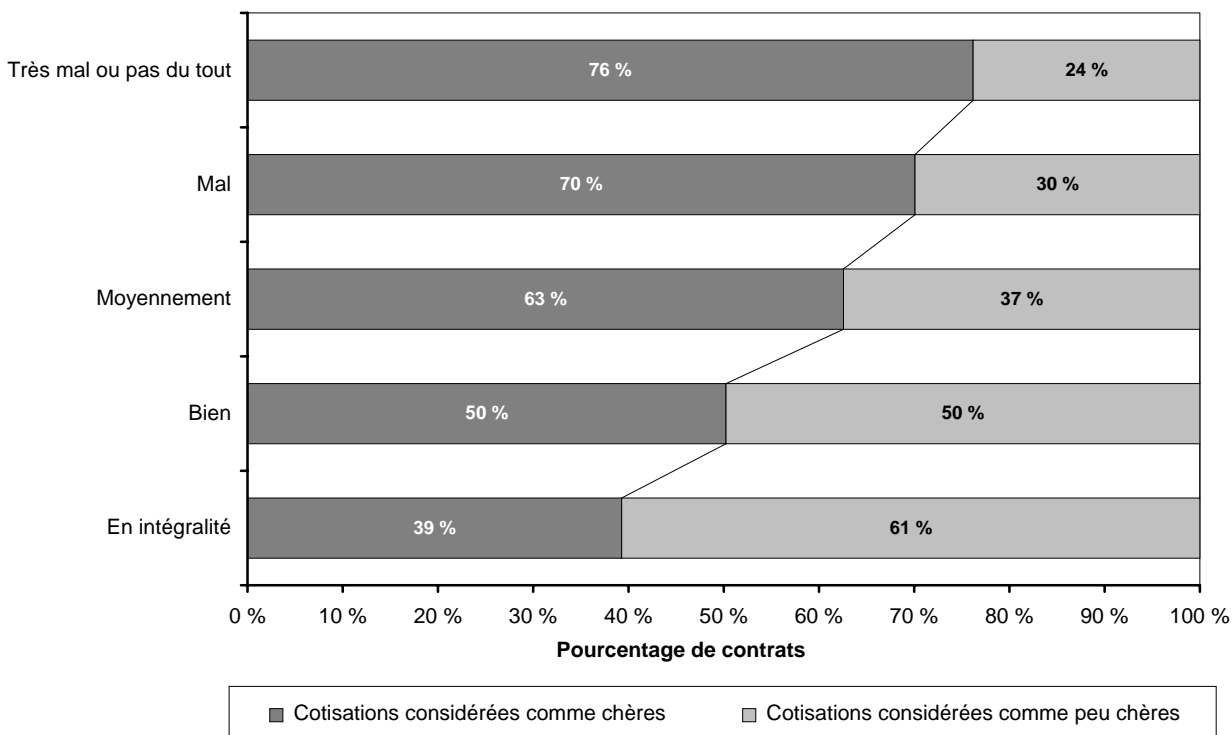


Source : CREDES-ESPS 2000

Plus la personne prend une part active dans le choix de sa couverture complémentaire, plus elle connaît le montant de ses cotisations et plus celles-ci lui paraissent chères. A l'opposé, quand le contrat est obligatoire, le salarié connaît moins souvent le montant des cotisations, certaines entreprises participant elles-mêmes en partie aux cotisations de la couverture complémentaire. De plus, il est probable que ces contrats soient effectivement moins chers, car négociés. Par conséquent, les cotisations paraissent dans ce cas souvent peu chères. Pour 66 % des contrats pris de la propre initiative des personnes, celles-ci jugent leurs cotisations chères, alors que lorsque le contrat est obligatoire, seulement 48 % des cotisations paraissent chères (cf. Rapport annexe tableau 15).

Quand les personnes pensent, à tort ou à raison, être bien remboursées, leurs cotisations leur paraissent peu chères. Par exemple, pour les lunettes, 61 % des personnes remboursées en intégralité jugent leurs cotisations peu chères contre seulement 24 % si elles sont très mal ou pas du tout remboursées (cf. Graphique 14). Nous observons la même tendance pour les prothèses dentaires et les soins de spécialistes (cf. Rapport annexe tableau 16).

Graphique 14
Appréciation du montant des cotisations,
selon l'appréciation du niveau de remboursement des lunettes
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

1.6.2. Le remboursement des dépassements de soins de spécialistes

Dans l'enquête 2000, de manière à mieux cerner le niveau de remboursement de la couverture complémentaire, nous avons posé la question suivante dans le questionnaire spécifique "couverture complémentaire".

Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 150 francs, cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 150 francs ? (cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou des honoraires libres)

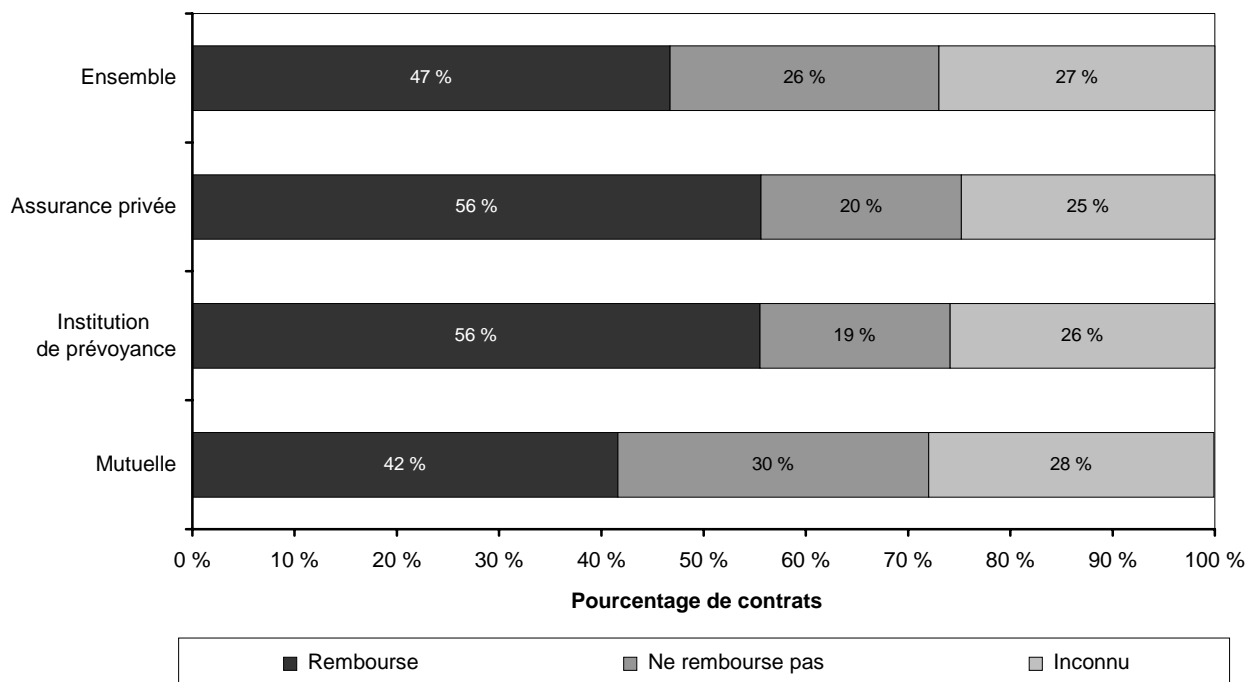
1 oui, en intégralité ou en partie³² 2 non 3 ne sait pas

Le tarif d'une simple consultation de spécialiste, c'est-à-dire une consultation sans examen ou soin très particulier, est fixé par la Sécurité sociale à 150 francs

³² Par rapport à l'enquête de 1998, nous avons ajouté "en intégralité ou en partie" dans l'item "oui".

6 269 questionnaires ont été totalement ou partiellement remplis. Sur l'ensemble des contrats de couverture complémentaire remplis par l'enquêté, 47 % des assurés déclarent avoir un contrat qui rembourse les dépassements de spécialistes, 26 % déclarent ne pas être remboursés des dépassements de spécialistes et 27 % ne savent pas³³ (cf. Graphique 15 et Rapport annexe tableau 17).

Graphique 15
Répartition des contrats de couverture complémentaire (hors CMU)
selon qu'ils remboursent ou non les dépassements de spécialistes
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Selon ces déclarations, il apparaît que les assurances privées et les institutions de prévoyance remboursent le plus souvent les dépassements de spécialistes.

Le taux de non-réponse étant similaire quel que soit le type de couverture complémentaire, si l'on pose l'hypothèse que les refus sont aléatoirement répartis et que l'on exclut ces non réponses, on obtient les chiffres suivants :

Tableau n° 6
Le remboursement des dépassements de spécialistes par nature de couverture complémentaire (hors CMU)
(Non compris les inconnus)

	Rembourse	Ne rembourse pas
Mutuelle	58 %	42 %
Institution de prévoyance	75 %	25 %
Assurance privée	74 %	26 %
Ensemble	64 %	36 %

Source : CREDES-ESPS 2000

³³ Il est probable qu'il s'agit de personnes qui, soit ne consultent pas de spécialistes ou n'en ont pas consulté depuis longtemps, soit ne consultent pas de spécialistes de secteur 2, et qui donc, tout naturellement, ne peuvent pas répondre à la question ou qui ne savent pas car ils ne font pas attention à leurs remboursements.

Sous cette hypothèse, et d'après la déclaration des enquêtés, près des deux tiers des contrats remboursent les dépassements de spécialistes. Environ trois quarts des contrats d'assurance privée et d'institution de prévoyance remboursent les dépassements de spécialistes et moins de 6 contrats de mutuelles sur 10³⁴.

Sous cette même hypothèse, et toujours d'après la déclaration des enquêtés, nous avons les résultats suivants selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire (cf. *Rapport annexe tableau 18*).

Tableau n° 7
Le remboursement des dépassements de spécialistes
selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire (hors CMU)
(Non compris les inconnus)

	Rembourse	Ne rembourse pas
Par l'entreprise, obligatoire	75 %	25 %
Par l'entreprise, non obligatoire	61 %	39 %
De sa propre initiative	60 %	40 %
Ensemble	64 %	36 %

Source : CREDES-ESPS 2000

Les contrats jugés obligatoires semblent avoir des niveaux de remboursements meilleurs : environ trois quarts de contrats d'entreprise obligatoires remboursent les dépassements de spécialistes alors que cette proportion est de 6 sur 10 pour les contrats d'entreprises facultatifs et les contrats individuels.

Au lieu de raisonner en terme de contrats de couverture complémentaire, intéressons-nous maintenant à l'ensemble des bénéficiaires de la couverture complémentaire, ayants-droit et assurés (*Rapport annexe tableau 19*). Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire³⁵, on estime à 66 % la part des personnes possédant un contrat qui rembourse les dépassements de spécialistes et donc à 33 % les personnes avec un contrat qui ne rembourse pas les dépassements de spécialistes.

Enfin, si l'on extrapole à l'ensemble de la population enquêtée, 56 % des personnes possèdent une couverture complémentaire qui rembourse les dépassements de spécialistes, 5 % bénéficient de la CMU complémentaire qui ne prend pas en charge les dépassements puisque les praticiens ne peuvent pas appliquer de dépassement aux bénéficiaires de la CMU, 29 % ont aussi une couverture complémentaire qui ne rembourse pas les dépassements de spécialistes, et enfin, 10 % n'ont pas de couverture complémentaire.

³⁴ Par rapport aux résultats de 1998, la part de couverture complémentaire prenant en charge les dépassements des spécialistes augmente d'environ 10 points. L'ajout de la notion "en partie" dans l'item "oui" entraîne vraisemblablement cette augmentation.

³⁵ Sous l'hypothèse précédente d'une répartition aléatoire des non-réponses.

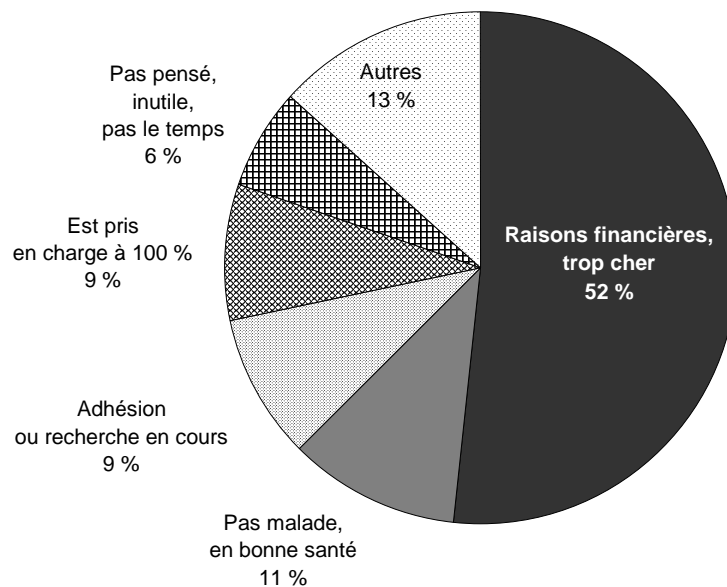
1.7. Les personnes sans couverture complémentaire

1.7.1. Une personne sur 10 ne possède pas de couverture complémentaire

Au total, 90 % des enquêtés bénéficient d'une complémentaire santé dont 5 % au titre de la CMU complémentaire³⁶. Par conséquent, 10 % des enquêtés ne possèdent pas de couverture complémentaire. Nous leur avons demandé, après une confirmation de leur part, pourquoi ils n'en avaient pas.

Parmi les personnes sans couverture complémentaire, plus de la moitié souhaiteraient en souscrire une mais ne le font pas notamment pour des raisons financières (cf. Rapport annexe tableau 20 et Graphique 16). 11 % sont en bonne santé et déclarent ne pas en avoir besoin. 9 % sont déjà pris en charge à 100 %. 6 % pensent que c'est inutile ou n'y ont même pas pensé. 9 % des enquêtés sans couverture complémentaire en recherchent une ou sont en cours d'adhésion.

Graphique 16
Motifs d'absence de couverture complémentaire



Source : CREDES-ESPS 2000

³⁶ Ici, nous considérons que tous les bénéficiaires de la CMU ont une protection complémentaire même s'ils ne la déclarent pas. Nous étudions la déclaration des bénéficiaires de la CMU quant à la possession ou non d'une couverture complémentaire dans le chapitre sur la CMU.

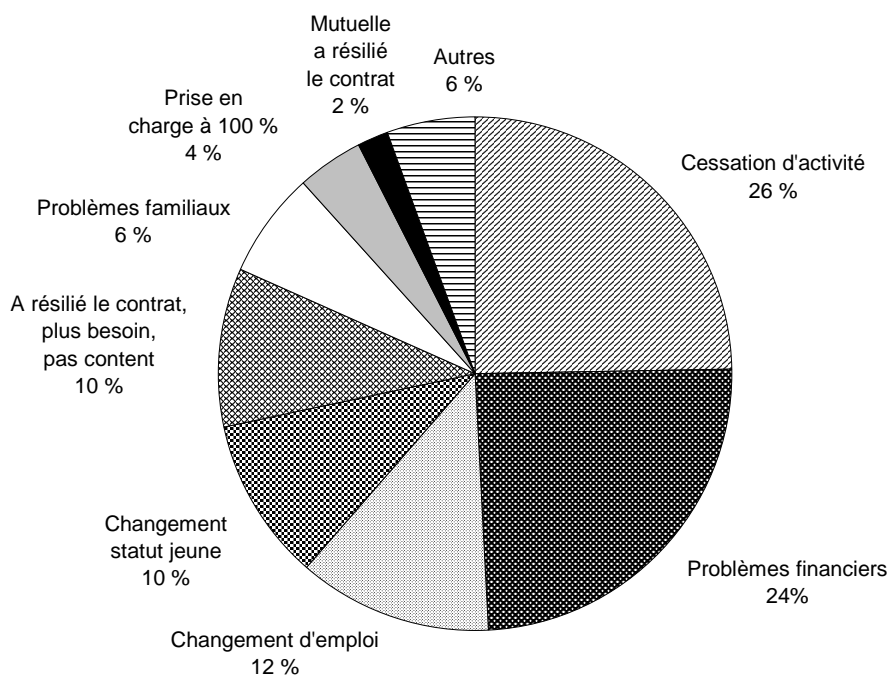
Parmi les personnes sans couverture complémentaire, 41 % ont déjà été couvertes par une complémentaire maladie.

Parmi ces personnes qui étaient couvertes auparavant, seules 14 % ont choisi délibérément de ne pas conserver leur couverture complémentaire : 4 % parce qu'elles étaient désormais prises en charge à 100 % et 10 % ont résilié leur contrat car elles pensaient ne plus en avoir besoin ou n'étaient pas contentes (cf. *Rapport annexe tableau 21*).

Les autres pertes de couverture complémentaire sont dues à des changements dans la situation professionnelle, familiale ou financière des personnes.

Parmi les personnes qui étaient couvertes auparavant, 38 % ont perdu leur couverture complémentaire en raison d'un changement d'activité ; soit une cessation d'activité (retraite, chômage, congé parental, ...) (26 %), soit un changement d'emploi (12 %). Un quart a perdu sa couverture complémentaire pour des raisons financières, les cotisations étant notamment trop chères. 10 % des personnes qui ont perdu leur couverture complémentaire sont des jeunes : passé un certain âge ils ne sont plus couverts par le contrat de leurs parents ou ils changent de statut et ne sont plus couverts par une mutuelle étudiante par exemple. Enfin, 6 % des personnes couvertes auparavant ont perdu leur couverture complémentaire en raison d'un changement de la situation familiale (décès, divorce).

Graphique 17
Motifs de la perte de la couverture complémentaire



Source : CREDES-ESPS 2000

1.7.2. 8 % des enquêtés ne bénéficient ni d'une couverture complémentaire, ni de l'exonération du ticket modérateur

[cf. Rapport annexe tableau 22]

Malgré l'existence des couvertures complémentaires, CMU ou non, ou de l'exonération du ticket modérateur par l'assurance maladie, environ 8 % des enquêtés gardent à leur charge pour tous leurs soins la totalité du ticket modérateur et des éventuels dépassements d'honoraires³⁷.

En effet, 86 % des personnes possèdent une couverture complémentaire (hors CMU). Si on ajoute les bénéficiaires de la CMU, 90 % des personnes bénéficient d'une complémentaire santé. En intégrant les personnes déclarant être prises en charge à 100 %³⁸, 92 % des individus ont leur ticket modérateur remboursé.

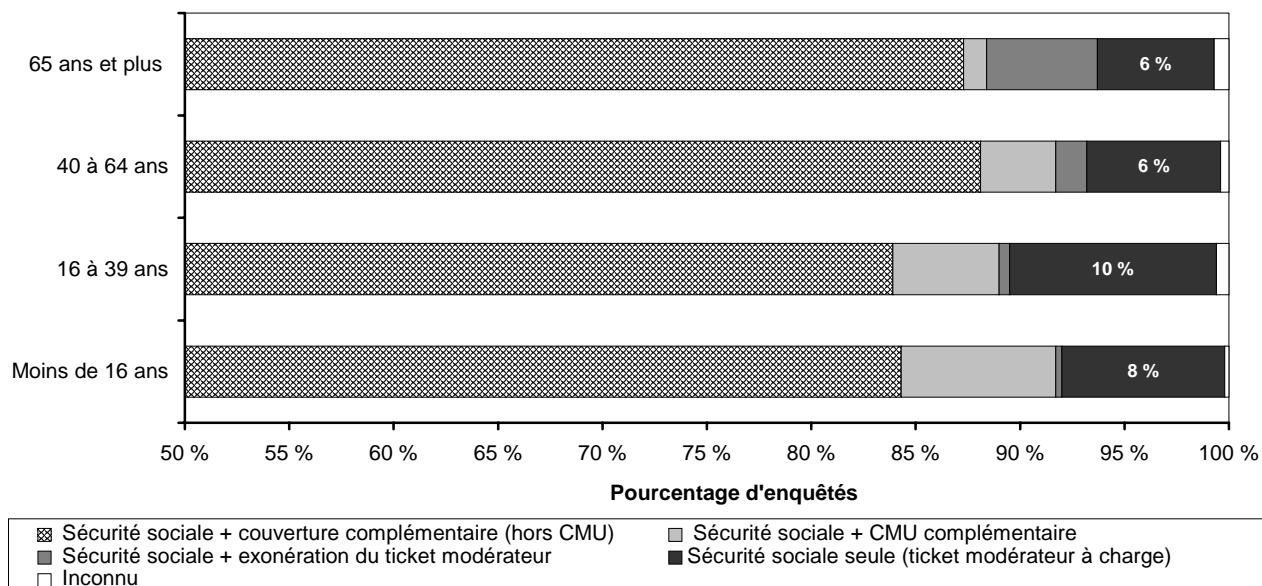
Signalons que, moins de 1 % de l'ensemble des enquêtés sont exonérés du ticket modérateur seulement pour une affection de longue durée (ALD) et n'ont pas de couverture complémentaire. Ces personnes ne payent pas le ticket modérateur seulement pour les soins concernant l'ALD. Toutefois, dans la suite de l'étude, nous assimilons ces personnes aux personnes prises en charge à 100 %.

Ainsi, nous observons bien 8 % d'enquêtés qui gardent le ticket modérateur à leur charge. Qui sont ces personnes ?

- **Les personnes en mauvaise santé sont bien protégées**

Les personnes qui ne sont pas remboursées du ticket modérateur sont surtout des adultes jeunes. Une personne de 16 à 39 ans sur dix garde à sa charge le ticket modérateur. Les hommes sont mieux couverts que les femmes puisque 7 % ont le ticket modérateur à charge contre 9 % des femmes.

Graphique 18
Les différents niveaux de protection sociale
selon l'âge des enquêtés
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

³⁷ Rappelons toutefois que l'enquête se déroule l'année de la mise en place de la CMU (cf. encadré chapitre 1.3)

³⁸ Dans les personnes prises en charge à 100 % nous avons les personnes exonérées du ticket modérateur pour des raisons médicales mais aussi les autres motifs de prise en charge à 100 % comme les régimes spéciaux.

Selon l'état de santé, il est rassurant de voir que les plus malades sont les mieux couverts. Plus le risque vital et l'invalidité augmentent plus la protection sociale est importante³⁹.

• **Les personnes plus défavorisées sont toujours les plus mal protégées**

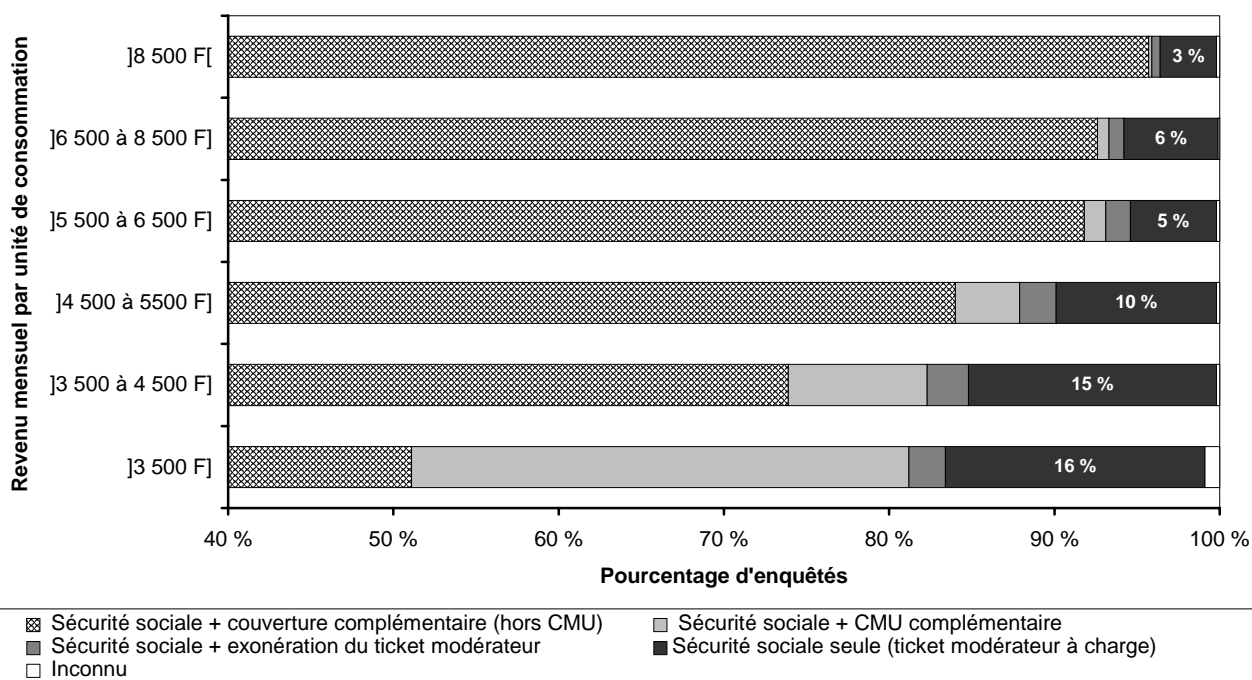
Dès la première année de sa mise en place, la CMU permet une nette atténuation des inégalités.

Le taux de couverture complémentaire des personnes dont les revenus par unité de consommation du ménage sont inférieurs à 3 500 francs passe ainsi de 51 %, si on comptabilise uniquement les bénéficiaires d'une couverture complémentaire (hors CMU) à 81 % lorsqu'on ajoute ceux qui ont une protection complémentaire par la CMU. Il n'en reste pas moins que ces personnes demeurent les moins bien protégées puisque 16 % d'entre elles n'ont ni couverture complémentaire, CMU ou non, ni d'exonération du ticket modérateur alors qu'elles devraient toutes ou presque bénéficier de la CMU⁴⁰.

Les individus situés juste au-dessus du seuil de la CMU, c'est-à-dire avec des revenus mensuels par unité de consommation compris entre 3 500 francs et 4 500 francs sont dans la même situation avec 15 % de personnes devant acquitter la totalité du ticket modérateur pour tous leurs soins

Ensuite, plus le revenu augmente plus la part des personnes mal protégées diminue.

Graphique 19
Les différents niveaux de protection sociale
selon le revenu mensuel par unité de consommation du ménage
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

³⁹ Cependant, 9% des personnes sans autonomie gardent le ticket modérateur à charge. Les effectifs étant très faibles, il n'est pas possible d'interpréter ce résultat sans risque d'erreurs.

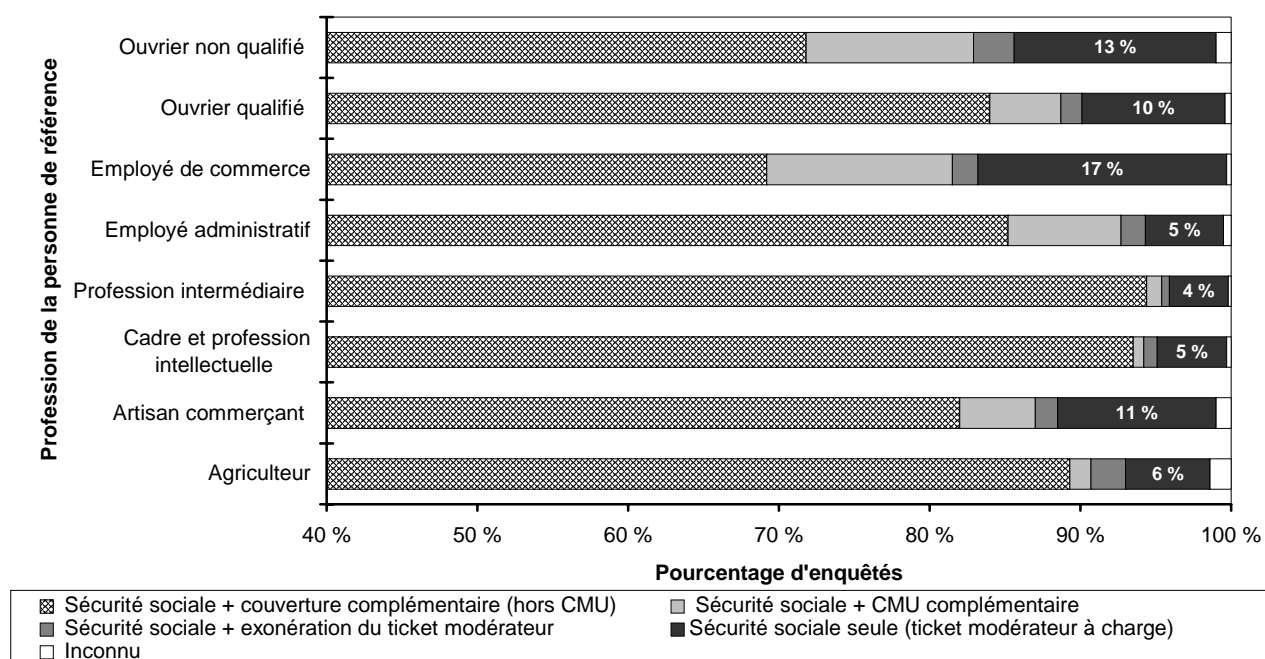
⁴⁰ Rappelons toutefois que l'enquête se déroule l'année de la mise en place de la CMU (cf. encadré chapitre 1.3)

Les taux de personnes ayant à charge la totalité du ticket modérateur pour tous leurs soins dépendent fortement de l'ensemble des variables traduisant la précarité.

Ainsi, malgré la CMU, les chômeurs restent, selon l'enquête SPS 2000, mal protégés. Près de deux chômeurs sur dix ne disposent que de la couverture de base de la Sécurité sociale.

Selon le milieu social, il existe encore de fortes disparités. Les ménages d'employé de commerce sont toujours les moins bien pris en charge avec 17 % de personnes gardant la totalité du ticket modérateur à charge pour tous leurs soins. Viennent ensuite les personnes appartenant à des ménages d'ouvrier non qualifié, 13 % sont mal couvertes, puis les ménages d'ouvrier qualifié et d'artisan-commerçant, avec environ 10 %. Avec moins de 6 % d'enquêtés concernés par cette situation, les familles de professions intermédiaires, d'employés administratifs, de cadres et d'agriculteurs sont les mieux protégées.

Graphique 20
Les différents niveaux de protection sociale
selon le milieu social
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le régime de Sécurité sociale dépendant de la profession, on trouve des variations par régime : 13 % des personnes appartenant au régime des professions indépendantes gardent la totalité du ticket modérateur à charge pour tous leurs soins sachant que ce ticket modérateur correspond, encore en 2000, le plus souvent à 50 % du tarif de convention.

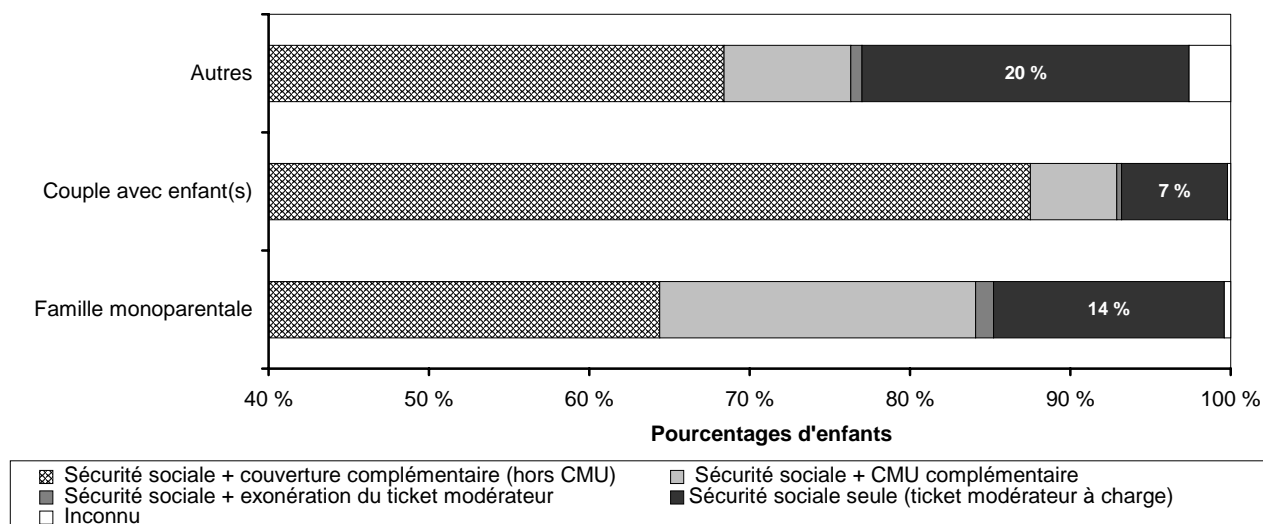
Les adultes non scolarisés sont, quel que soit le niveau de protection retenu, toujours les moins bien protégés : de 60 % de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire privée, le taux de couverture passe à 75 % si on ajoute le bénéfice de la CMU puis à 82 % en intégrant l'exonération du ticket modérateur. Au total, 17 % de ces personnes ne disposent que de la couverture de base de la Sécurité sociale.

Selon la taille du ménage, les individus les moins bien couverts se trouvent aux extrêmes : une personne seule sur dix doit acquitter son ticket modérateur et parmi les foyers de 6 personnes et plus, près de 18 % sont dans ce cas (9 % dans les ménages de 5 personnes).

Les enfants appartenant à une famille monoparentale restent parmi les moins bien lotis puisque 14 % d'entre eux gardent la totalité du ticket modérateur à charge pour tous leurs soins (cf. Graphique 21).

D'autre part, parmi les ménages où cohabitent plusieurs familles, 20 % des enfants apparaissent être sans autre couverture que celle de la Sécurité sociale. Dans ce dernier cas, le mauvais niveau de protection par une couverture complémentaire n'est pas compensé par la CMU.

Graphique 21
Les différents niveaux de protection sociale des enfants de moins de 18 ans
selon leur type de famille
France 2000



Si, selon cette enquête réalisée pour partie au 2^{ème} trimestre et pour partie au 4^{ème} trimestre 2000, c'est-à-dire au moment même de la mise en place de la CMU, la CMU permet d'atténuer les inégalités, elle ne les efface pas. Ce sont toujours les mêmes catégories de population qui sont les moins bien prises en charge par le système de protection sociale. Cependant, au moment de l'enquête, la montée en charge de la CMU n'était pas terminée, le dispositif était trop récent. Les populations les plus difficiles à toucher ne bénéficiaient pas encore de la CMU. On peut donc supposer que si toutes les personnes éligibles à la CMU en bénéficiaient, les inégalités seraient certainement moindres.

2. Morbidité

2. Les maladies et les troubles de santé déclarés en 2000

L'état de santé est estimé dans l'enquête SPS à partir de la morbidité prévalente, c'est-à-dire de l'ensemble des affections dont chaque personne est atteinte à un moment donné⁴¹. Cette morbidité prévalente correspond à la morbidité déclarée⁴² par les enquêtés, "affinée" par les médecins chargés du chiffrage des données médicales et pharmaceutiques.

L'étude des répercussions de ces affections sur la santé permet d'établir, pour chaque individu, un niveau d'invalidité et de risque vital.

En 2000, une modification importante est intervenue dans le chiffrage des données médicales. En effet, le chiffrage des données de morbidité a été réalisé à l'aide de la classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM10). Lors des enquêtes précédentes, les données étaient chiffrées sur la base des codes de la CIM 9^{ème} révision. Les résultats de morbidité figurant ci-dessous ne sont donc pas strictement comparables à ceux recueillis antérieurement. Il est prévu, afin de pouvoir travailler sur l'ensemble des données de morbidité recueillies lors des enquêtes Santé et Protection Sociale (12 enquêtes depuis 1988), d'effectuer ultérieurement une table de correspondance entre les codes basés sur la CIM9 et sur la CIM10.

2.1. Le nombre d'affections déclaré

Une personne âgée de plus de 65 ans déclare en moyenne plus de sept affections

A un moment donné, un enquêté déclare en moyenne être atteint de 3,4 affections (2,1 sans compter les problèmes dentaires et les troubles de la vue). Presque 14 % des enquêtés (15 % des hommes et 12 % des femmes) ne déclarent aucune affection, 18 % en déclarent une, 17 % deux, 13 % trois, 10 % quatre, 8 % cinq et 21 % six affections ou plus. On notera que 15 % des enquêtés déclarent 7 affections ou plus (*cf. Rapport annexe tableau 23*). Bien entendu, le nombre de maladies par personne augmente avec l'âge : les nourrissons présentent moins d'une affection, tandis que les personnes les plus âgées en ont plus de 7.

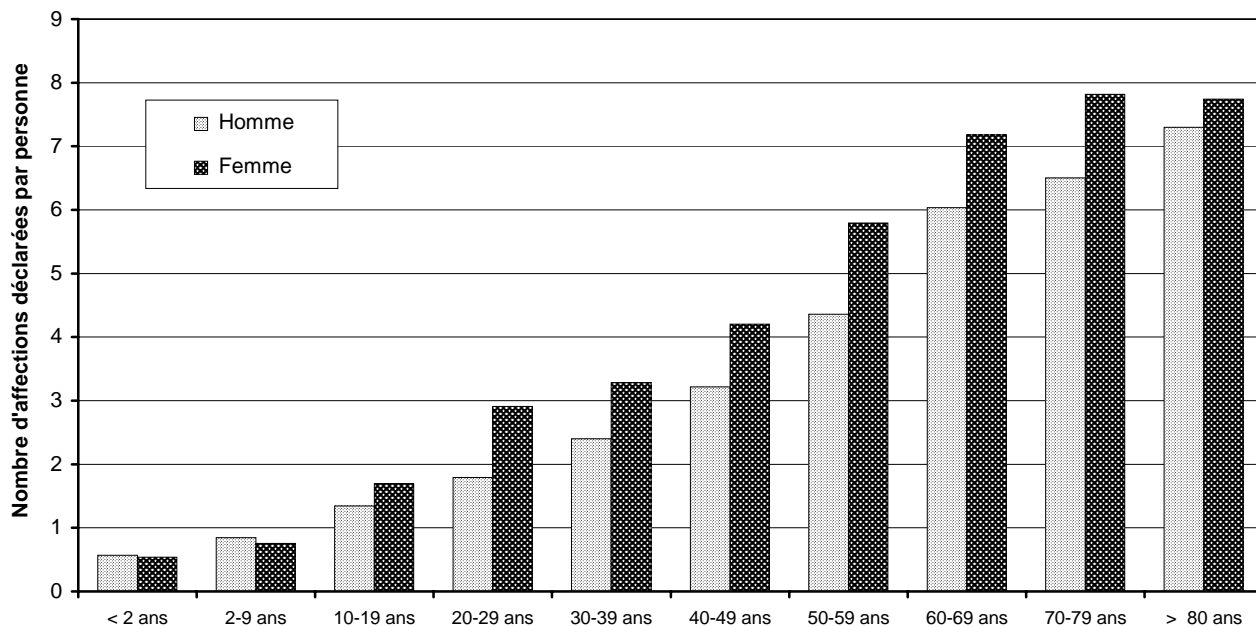
A l'exclusion des problèmes dentaires et des troubles de la réfraction, les enfants de 2 à 15 ans déclarent en moyenne 0,7 affection, les adultes jeunes, 1,3 et les adultes de 40 à 64 ans, 2,8. Quant aux personnes âgées de 65 ans et plus, elles déclarent présenter, en plus de leurs problèmes dentaires et visuels, 5,1 autres maladies.

Les femmes déclarent un tiers d'affections de plus que les hommes, 3,9 versus 2,9. Quel que soit l'âge, en dehors des nourrissons et des très jeunes enfants, les femmes présentent plus de troubles que les hommes.

⁴¹ Pour plus de renseignements sur la méthode d'enquête, cf. Annexe C p. 175.

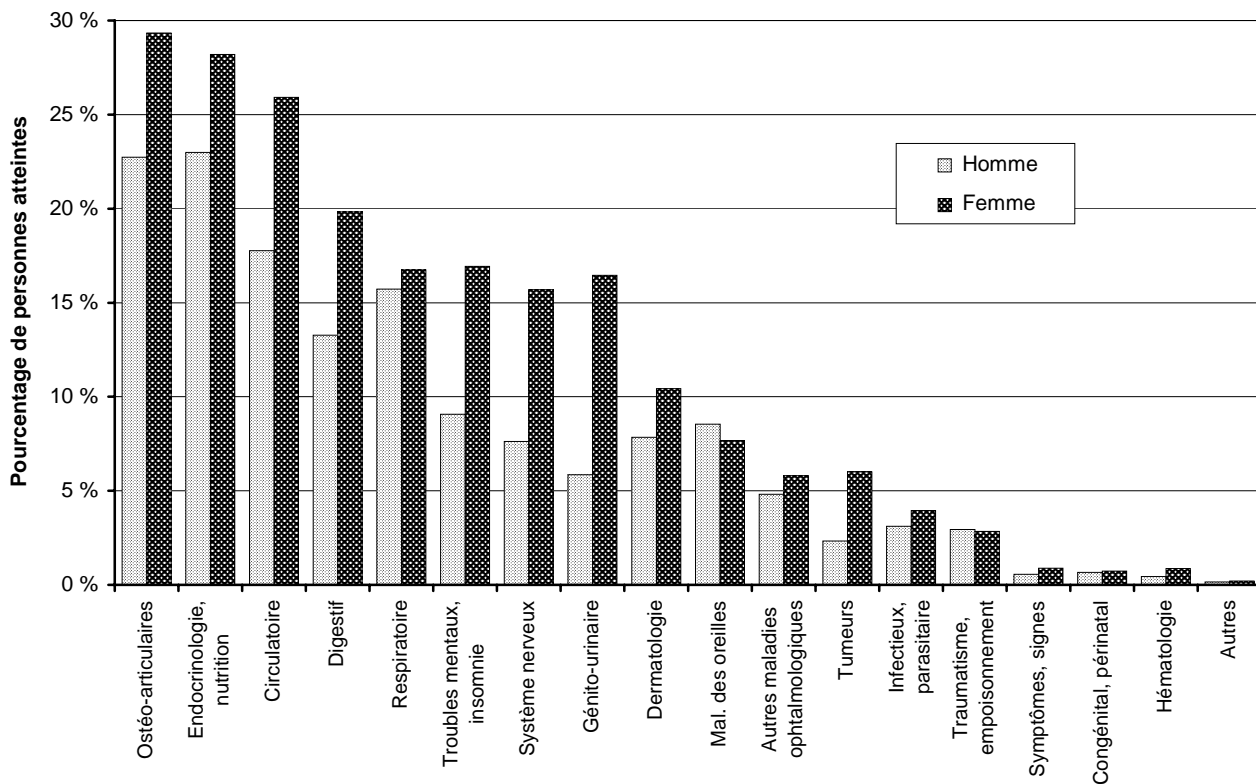
⁴² Par définition, les personnes ne déclarent que les maladies qu'elles souhaitent déclarer et dont elles sont informées.

Graphique 22
Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 23
Pourcentage de personnes déclarant être atteintes d'au moins une affection du chapitre, selon le sexe
(sont exclus les problèmes dentaires et les troubles de la vue)
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

2.2. Les maladies déclarées

La classification utilisée ci-dessous est basée sur la Classification Internationale des Maladies 10ème révision (CIM10) (cf. Annexe C.2 p. 175).

Les codes utilisés correspondent très précisément aux codes de la CIM10, ce qui permet de comparer les résultats recueillis avec ceux provenant d'autres sources nationales ou internationales. Toutefois, les regroupements en chapitres et sous-chapitres varient quelque peu des regroupements prévus par la CIM. Ainsi, nous avons souhaité distinguer les affections dentaires des affections du tube digestif, alors que la CIM les regroupe sous le nom de maladies de l'appareil digestif. De même, nous avons distingué les troubles de la réfraction (myopie, presbytie, ...) des autres maladies de l'œil. A l'inverse, étant donné le très faible nombre d'affections périnatales, nous les avons regroupées avec les affections congénitales. De plus, la plupart des symptômes attribués à un système ont été rattachés au chapitre correspondant à ce système ; ainsi, en est il par exemple des symptômes relatifs à l'appareil digestif (constipation, diarrhée, ...), de ceux relatifs à la peau, aux poumons, etc.

2.2.1. Morbidité et caractéristiques sociodémographiques

En dehors des enfants de moins de 10 ans, quel que soit l'âge et le sexe, les problèmes dentaires et les troubles de la vue sont les affections qui atteignent le plus de personnes. Ces affections qui donnent lieu à un recueil particulier, seront traitées ultérieurement.

Les femmes déclarent être atteintes de plus d'affections que les hommes

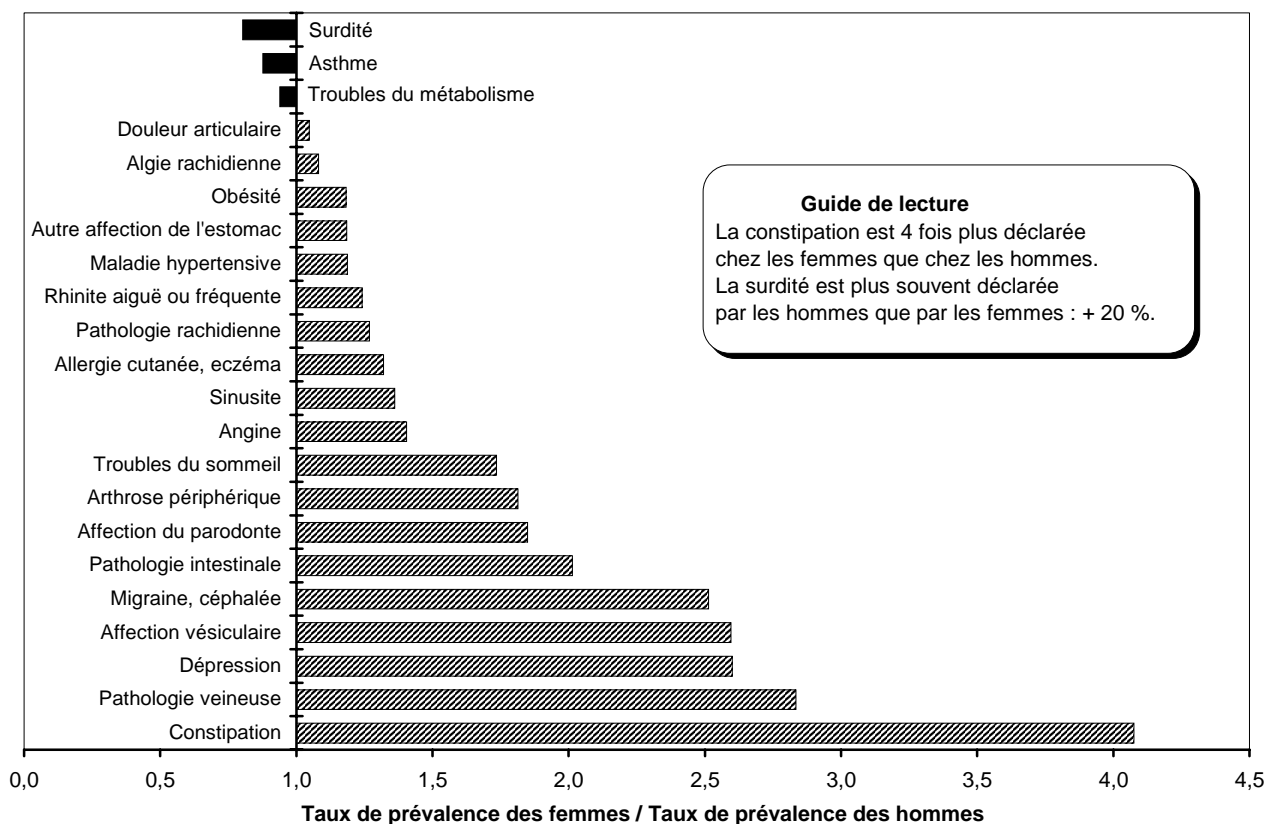
Pour pratiquement tous les groupes d'affections étudiés, les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Font exceptions les maladies de l'oreille qui sont un peu plus fréquentes chez les hommes, ainsi que les traumatismes et les maladies de l'appareil respiratoire (affections rhinopharyngées et pulmonaires réunies) touchant autant les hommes que les femmes (cf. Rapport annexe tableau 24)⁴³.

Chez les hommes comme chez les femmes adultes, la fréquence du surpoids et de l'obésité est particulièrement importante⁴⁴. Ce facteur de risque concerne un quart des adultes enquêtés, 24 % des hommes et 27 % des femmes.

⁴³ On trouvera dans le tableau annexe n° 25, le taux de prévalence des affections selon le sexe (nombre de maladies déclarées pour cent personnes).

⁴⁴ Le surpoids ou l'obésité sont soit déclarés spontanément, soit établis à partir du poids et de la taille déclarés dans le questionnaire santé à l'aide de la table de poids idéal de la Metropolitan Life Insurance Company. Le fait d'ajouter par calcul un certain nombre d'obésités ou de surpoids, peut entraîner une surreprésentation relative de cette affection par rapport aux autres affections relevées dans l'enquête. A noter par ailleurs qu'il s'agit de données déclaratives, et que les enquêtés n'ont certainement pas tous fourni des valeurs très précises de leur poids et de leur taille. L'attraction pour les nombres ronds corrobore cette hypothèse. Il est probable par ailleurs que la taille soit surestimée et que le poids soit sous-estimé. On peut donc penser que le taux de personnes en surpoids ou obèses n'est pas surestimé. Rappelons que le surpoids ou l'obésité ne sont calculés que pour les enquêtés de 18 ans et plus.

Graphique 24
Rapport des taux de prévalence des affections des femmes sur ceux des hommes
parmi les troubles de santé les plus fréquents chez les hommes et les femmes
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- 23 % des hommes déclarent être atteints d'au moins une affection ostéo-articulaire (presque 8 % se plaignent de lombalgies ou de sciatique) et 23 % présentent au moins un trouble endocrinien ou du métabolisme (essentiellement un surpoids ou une ob siti ). 18 % souffrent d'au moins une maladie cardiovasculaire (10 % sont hypertendus), 16 % ont des troubles respiratoires (essentiellement de l'asthme, 5 %) et 13 % se plaignent de maladies de l'appareil digestif (5 % se plaignent de gastralgie, dyspepsie et autres troubles de l'estomac). Par ailleurs, 9 % des hommes déclarent un trouble mental ou du sommeil (plus de 4 % ont une insomnie) et 8 % déclarent un problème dermatologique (3 % ont un eczéma). Enfin, presque 8 % des hommes présentent une affection du système nerveux (essentiellement des céphalées ou des migraines) et 6 % d'entre eux ont une affection de l'appareil génito-urinaire. Les autres affections concernent chacune moins de 5 % des hommes enquêtés.
- 29 % des femmes déclarent au moins une affection ostéo-articulaire ; comme les hommes, elles sont 8 % à souffrir de lombalgies ou sciatalgies ; par contre, elles déclarent plus souvent souffrir d'arthrose rachidienne, 9 % versus 7 %. 28 % des femmes présentent un trouble endocrinien ou métabolique (essentiellement un surpoids) et 26 % déclarent présenter au moins une affection cardio-vasculaire (essentiellement des troubles veineux dont se plaignent 15 % des femmes). Une femme sur cinq déclare au moins un trouble digestif (symptomatologie gastrique, intestinale et constipation), 17 % ont une affection respiratoire, 17 % un trouble mental ou du sommeil (essentiellement dépression et insomnie) et 16 % une affection des organes génito-urinaires. Enfin, 16 % d'entre elles se plaignent d'au moins une affection du système nerveux (dont 85 % sont des migraines ou céphalées). Les pathologies dermatologiques concernent 10 % des femmes, celles de l'oreille 8 % d'entre elles. Quant aux tumeurs

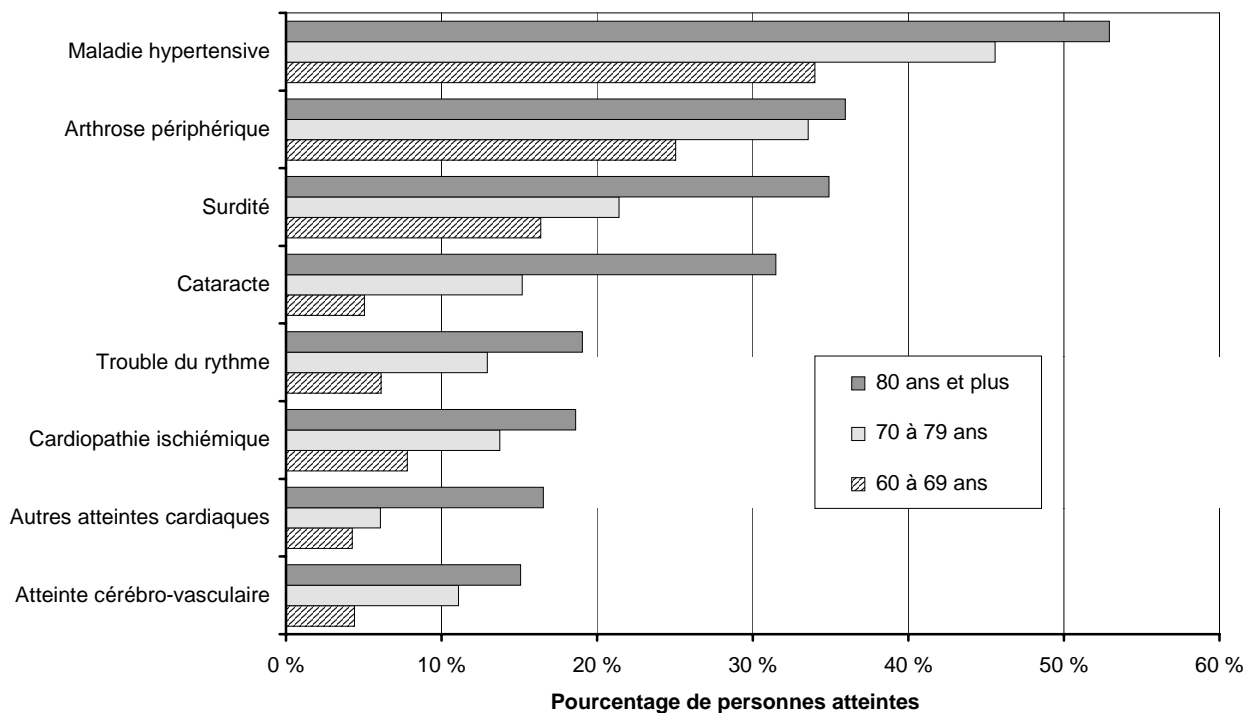
ou antécédents de tumeurs, elles concernent 6 % des femmes tout comme les affections de l'œil autres que les troubles de la réfraction. Les autres affections sont moins souvent rencontrées.

- Parmi les 22 types d'affections (sous-chapitre) rencontrés plus de 400 fois dans l'enquête (hors troubles de la vue et des dents et pathologies spécifiquement liées au sexe) seuls 3 types d'affections sont un peu plus fréquents chez les hommes que chez les femmes : la surdité, l'asthme et les troubles du métabolisme des lipides (cf. graphique 24 et Rapport annexe tableau 26).

L'âge, facteur fondamental des différences de morbidité (cf. Rapport annexe tableau 27)

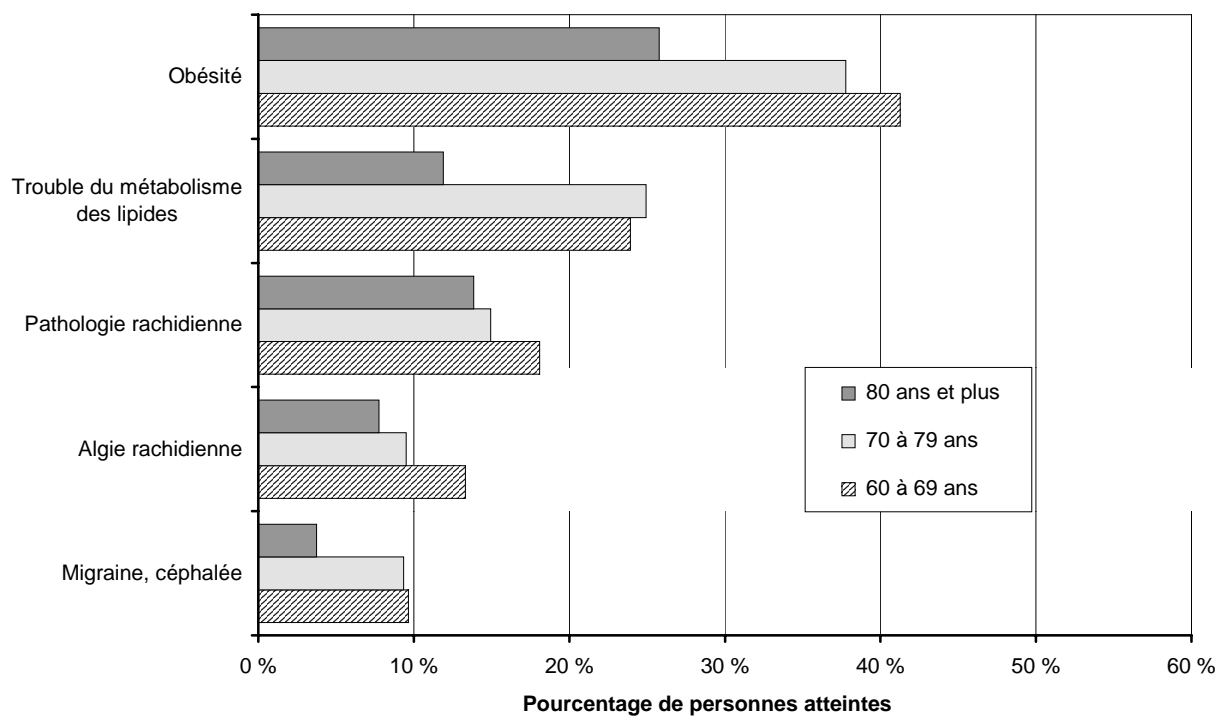
- Chez les enfants de moins de 16 ans, un enfant sur cinq présente au moins une affection de l'appareil respiratoire (8 % présentent des rhinites aiguës et presque 6 % ont un asthme). Un enfant sur dix se plaint de maladie de peau dont plus de la moitié sont des eczémas ou d'autres allergies cutanées, et un enfant sur vingt présente une affection digestive pour la plupart de type symptomatique (diarrhée, constipation, dyspepsie...). Les problèmes d'oreilles, essentiellement les otites, concernent plus de 4 % des enfants.
- Chez les adultes jeunes de 16 à 39 ans, les affections sont plus diversifiées : les affections ostéo-articulaires, concernent 15 à 16 % des adultes jeunes, tout comme les affections endocriniennes ou métaboliques et les maladies de l'appareil respiratoire. Parmi ces affections, les plus fréquentes sont le surpoids ou l'obésité qui concerne 14 % des personnes de cet âge, les lombalgies ou sciatalgies 7 % et l'asthme 4 %. Les troubles du système nerveux, pour l'essentiel des migraines ou céphalées atteignent plus de 13 % des adultes jeunes, et les affections de l'appareil digestif, le plus souvent de type symptomatique, 11 % d'entre eux. Les autres affections sont moins fréquentes, mais les troubles mentaux et du sommeil concernent tout de même 9 % des personnes (les états dépressifs, 4 %) et les affections cardiovasculaires, 8 % d'entre elles (5 % présentant des pathologies veineuses).
- Le nombre d'affections dont sont atteints les adultes de 40 à 64 ans augmente de manière importante par rapport aux plus jeunes. Les affections ostéo-articulaires comme les troubles endocriniens ou métaboliques concernent chacun plus de 4 personnes sur 10. Il s'agit essentiellement de pathologies d'origine vertébrale (arthrose ou lombalgie, sciatalgie) et de problèmes de surpoids ou d'obésité qui touchent respectivement presque un quart et un tiers des personnes de cet âge. Les affections cardiovasculaires touchent également un tiers d'entre eux : 15 % présentent une hypertension artérielle et presque 17 % une affection veineuse ; notons que plus de 2 % des adultes de cet âge déclarent une cardiopathie ischémique et 2 % des troubles du rythme. Les affections de l'appareil digestif sont également fréquentes puisqu'elles concernent plus de 2 personnes sur 10 ; là encore, il s'agit le plus souvent de troubles fonctionnels de l'estomac ou de l'intestin. Enfin, presque 2 personnes sur 10 présentent des troubles mentaux ou du sommeil (essentiellement insomnies, 9 % et dépression, 8 %) et également 2 personnes sur 10 des affections de l'appareil génito-urinaire (principalement pour les femmes des troubles des règles et de la ménopause et pour les hommes des problèmes de prostate). Si les autres pathologies sont moins fréquentes, elles concernent toutefois un nombre important de personnes de cet âge : 15 % sont atteints de pathologies du système nerveux, 14 % d'affections de l'appareil respiratoire, 8 % de surdité et 7 % ont une affection dermatologique.
- Enfin, chez les personnes de 65 ans et plus, prédominent de façon très nette les maladies cardiovasculaires qui concernent plus de 71 % des personnes âgées, les affections ostéo-articulaires, 60 % (arthrose et pathologies vertébrales pour l'essentiel) et les troubles endocriniens ou du métabolisme, 59 %. A un niveau plus fin, certaines affections sont particulièrement fréquentes comme l'hypertension artérielle et les troubles veineux qui concernent respectivement 44 % et 28 % des sujets de cet âge ; les cardiopathies ischémiques affectent 13 % d'entre eux et les troubles du rythme 12 %. Le surpoids ou l'obésité atteint 37 % des personnes de plus de 64 ans, les troubles des lipides presque le quart d'entre elles et le diabète, 10 %. A noter chez ces personnes, l'importance de la surdité qui concerne plus de 22 % d'entre elles, la fréquence des troubles du sommeil, 15 %, les états dépressifs, 11 % et les troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin respectivement 11 % et 9 % d'entre elles. Notons enfin que 8 % de ces personnes déclarent présenter un cancer ou un antécédent de cancer.

Graphique 25
Quelques exemples de pathologies qui concernent proportionnellement davantage de personnes au delà de 60 ans
(parmi les pathologies les plus fréquentes, hors troubles dentaires et de la réfraction)
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 26
Quelques exemples de pathologies qui concernent proportionnellement moins de personnes au delà de 60 ans
(parmi les pathologies les plus fréquentes, hors troubles dentaires et de la réfraction)
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La fréquence de certaines pathologies varie de manière importante avec l'âge. Certaines augmentent et nécessiteront souvent une prise en charge thérapeutique, d'autres disparaissent ou s'estompent. Comme le montrent les graphiques n°25 et 26 (cf. *Rapport annexe tableau 28*), la plupart des maladies cardio-vasculaires augmentent de manière très importante ; ainsi en est-il de l'hypertension artérielle qui concerne un tiers des personnes de 60 à 69 ans, mais plus de la moitié de celles de 80 ans et plus ; la fréquence des cardiopathies ischémiques est multipliée par 2,4 entre ces deux âges, et celle des troubles du rythme et des atteintes cérébro-vasculaires par 3. Notons que la surdité qui atteint déjà 16 % des personnes de 60 à 69 ans touche plus du tiers des personnes de 80 ans et plus.

A l'opposé, la fréquence du surpoids et des troubles du métabolisme des lipides tendent à se réduire tout comme les pathologies d'origine vertébrale et les migraines ou céphalées. La fréquence de certaines affections se modifie peu au delà de 60 ans, tels les états dépressifs, les troubles du sommeil, les pathologies veineuses, les troubles fonctionnels de l'estomac, etc. Malgré le grand nombre de pathologies déclarées par personne, il est probable que les personnes âgées aient tendance à sous-déclarer certaines affections qu'elles considèrent comme moins gênantes.

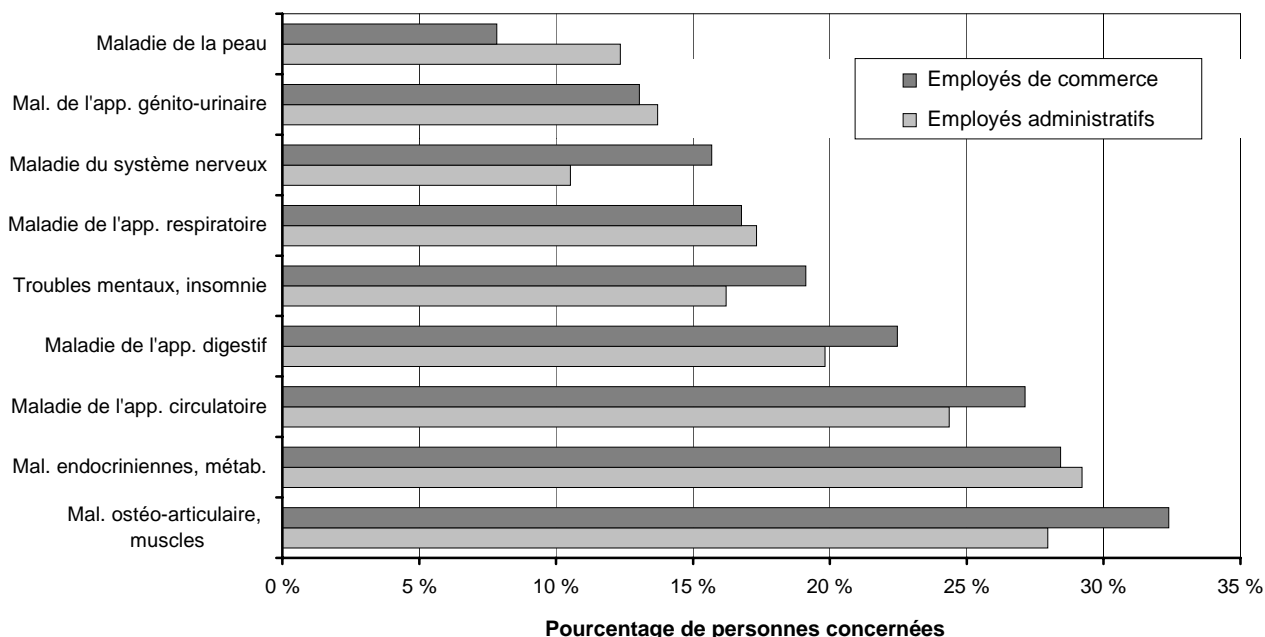
Les employés de commerce déclarent une morbidité plus importante que les employés administratifs

- Les personnes vivant dans des ménages d'exploitant agricole⁴⁵ présentent une morbidité particulière. Etant relativement âgées (âge moyen 49 ans), elles déclarent une morbidité importante pour de très nombreux groupes d'affections, et plus particulièrement pour les maladies cardio-vasculaires (en particulier l'hypertension artérielle et les problèmes veineux qui concernent respectivement 20 % et 18 % de ces personnes), les problèmes endocriniens ou métaboliques (notamment surpoids et obésité), les pathologies de l'œil (hors troubles de la réfraction), les problèmes dentaires et les affections ostéo-articulaires. Par contre, à âge et sexe comparables (cf. *Glossaire*), ces personnes sont moins souvent atteintes que la moyenne des enquêtés pour la plupart des groupes d'affections, à l'exception des problèmes cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, endocriniens et métaboliques, pour lesquels ils se situent dans la moyenne (cf. *Rapport annexe tableau 29*)
- Les personnes vivant dans un ménage d'artisan-commerçant ont un âge moyen de 41 ans, plus faible que celui des agriculteurs mais plus élevé que celui des autres ménages. Elles présentent des pathologies cardio-vasculaires, urogénitales et de l'oreille un peu plus fréquentes que la moyenne, mais à âge et sexe comparables, ces ménages d'artisan-commerçant se caractérisent par une morbidité presque toujours plus faible que la moyenne, sauf pour les affections génito-urinaires qui restent plus fréquentes. Les déclarations de tumeurs, de troubles endocriniens ou métaboliques et de maladies cardio-vasculaires sont dans la moyenne.
- Dans les ménages de cadre supérieur, les personnes déclarent moins souvent, tant en valeur qu'en indice à âge et sexe comparables, présenter une affection pour un grand nombre de groupes pathologiques. Font exception les troubles de la réfraction (indice 1,34), les autres maladies ophtalmologiques (indice 1,16), les affections dermatologiques (indice 1,16), les tumeurs et antécédents de tumeurs (indice 1,13), les maladies de l'appareil génito-urinaire et les maladies infectieuses (indice 1,10).
- Dans les ménages dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire, la déclaration des maladies est proche de la moyenne pour la plupart des groupes de pathologies, tant en valeur qu'en indice. Toutefois, les problèmes dermatologiques sont plus fréquents, tout comme les déclarations de maladies infectieuses, les troubles de la réfraction et les maladies des organes génito-urinaires.
- Pour la première fois dans l'enquête 2000, nous distinguons au sein des ménages d'employé, les ménages d'employé administratifs et ceux d'employé de commerce. Cette distinction permet de mettre en évidence une sous population particulièrement fragile en terme de morbidité : les enquêtés vivant dans les ménages d'employé de commerce (cf. graphique 27). En effet, par rapport à l'ensemble de la

⁴⁵ *Ménages dont la personne de référence est exploitant agricole cf. glossaire.*

population enquêtée, ils sont les plus nombreux à déclarer des troubles mentaux et du sommeil (indice 1,33), des affections de l'appareil digestif (indice 1,30), des pathologies ostéo-articulaires (indice 1,19), des maladies infectieuses (indice 1,15), des problèmes dentaires (indice 1,14) et des affections de l'appareil circulatoire (indice 1,12) ; ils sont également parmi les plus nombreux à déclarer des maladies du système nerveux (indice 1,27). Comme le montre le graphique 27, ils déclarent notablement plus souvent que les personnes vivant dans des ménages d'employé administratif, des maladies du système nerveux, des pathologies ostéo-articulaires, des troubles mentaux ou du sommeil, des affections de l'appareil digestif, et dans une moindre mesure des maladies de l'appareil circulatoire.

Graphique 27
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection
dans les ménages d'employé de commerce et d'employé administratif
Sont exclus les affections concernant moins de 40 personnes dans l'une ou l'autre catégorie sociale,
les troubles de la vue et les problèmes dentaires
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- Les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier qualifié et non qualifié déclarent, à âge et sexe comparables, très peu de maladies de l'appareil génito-urinaire (indices 0,87), d'affections dermatologiques (indices 0,85) et de troubles de la réfraction (indices respectifs 0,85 et 0,75). Par contre, elles présentent souvent des affections endocriniennes ou du métabolisme (indices 1,17) et des maladies du système nerveux (indices respectifs de 1,23 et 1,27) ; il s'agit essentiellement de surpoids et de migraines ou céphalées. Les enquêtés des ménages d'ouvrier non qualifié se distinguent de ceux des ouvriers qualifiés car ils déclarent davantage de troubles mentaux ou du sommeil, de problèmes dentaires et de traumatismes ; à l'opposé, ils sont moins souvent atteints par des problèmes d'oreille, des troubles de l'appareil respiratoire, des tumeurs ou antécédents de tumeur et des affections ostéo-articulaires.

A un niveau d'études bas correspond une morbidité importante

Bien que le niveau d'études recouvre partiellement la catégorie sociale, l'analyse de la morbidité en fonction de cette variable permet de mettre en évidence une nette dégradation de l'état de santé au fur et à mesure que le niveau d'études baisse, notamment pour les affections endocriniennes et métaboliques (obésité), les troubles mentaux et du sommeil (dépression), les affections du système nerveux (migraines et céphalées)

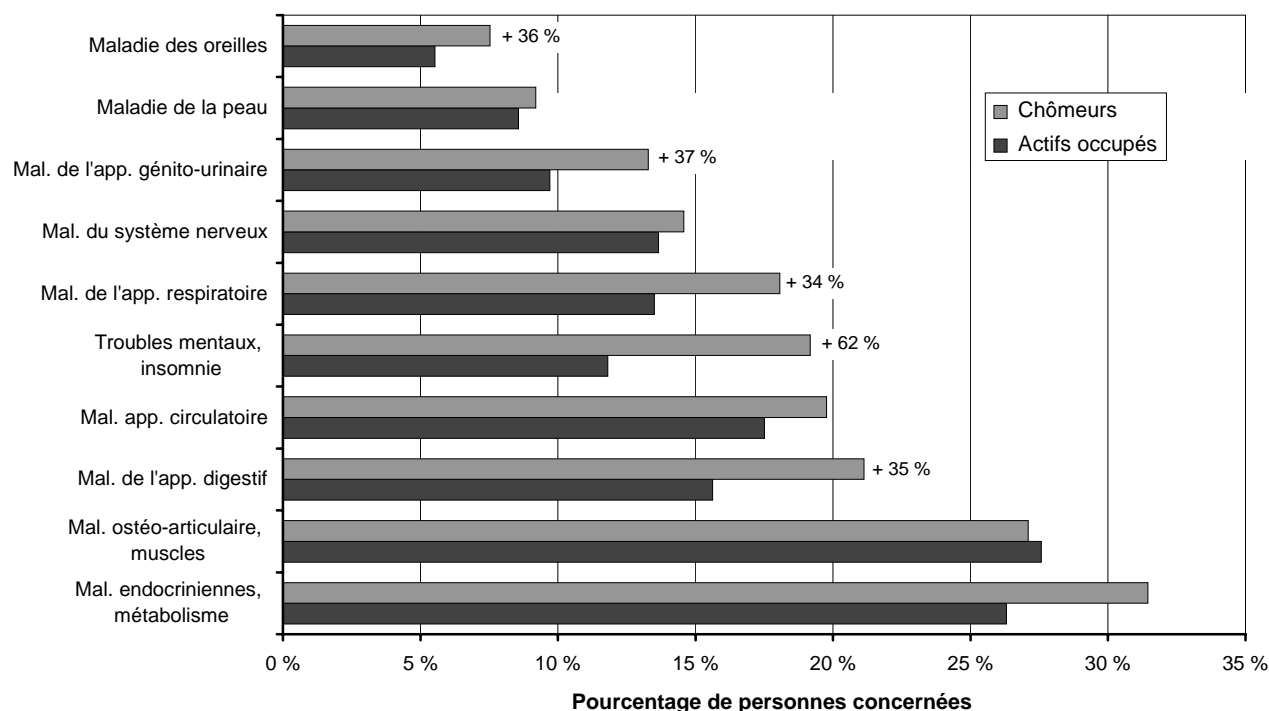
et celles de l'appareil circulatoire. A l'opposé, plus le niveau d'études est élevé plus les enquêtés déclarent être atteints de troubles de la vue, d'affections dermatologiques, de tumeurs ou d'antécédents de tumeurs et de maladies de l'appareil génito-urinaire. Ces différences de morbidité déclarée peuvent être liées notamment :

- à des différences d'exposition au risque, les personnes au niveau d'études faible ayant souvent des métiers à risque,
- à des omissions de déclaration, volontaires (notamment pour les problèmes de la sphère génitale) ou involontaires car la gêne provoquée par l'affection considérée est moins ressentie par certaines populations, cas peut être des troubles de la vue pour les populations ne nécessitant pas de lunettes pour travailler, ou des problèmes dermatologiques chez des personnes faisant moins attention à leur image,
- à une certaine méconnaissance de son propre état de santé, notamment du fait d'un plus faible recours aux soins et donc d'une moindre prévention.

Un état de santé nettement moins bon chez les chômeurs

Les maladies déclarées par les chômeurs et les actifs ayant un emploi diffèrent, tant en valeur qu'en indice, de manière très importante (cf. graphique 28). Les chômeurs déclarent moins souvent des troubles de la vue. Ils déclarent pratiquement aussi souvent que les actifs occupés être atteints de maladies du système nerveux, d'affections ostéo-articulaires, de la peau et dans une moindre mesure de pathologies de l'appareil circulatoire. Par contre, toutes les autres affections sont plus fréquentes chez les chômeurs que chez les actifs occupés, tout particulièrement les troubles mentaux ou du sommeil, qui à âge et sexe comparables, atteignent 50 % de chômeurs de plus que d'actifs occupés. Sont également particulièrement fréquentes, les affections de l'appareil digestif (indice 1,37), les maladies touchant l'oreille (indice 1,36), celles de l'appareil respiratoire (indice 1,30), les affections endocriniennes ou métaboliques (indice 1,27) et celles de l'appareil génito-urinaire (indice 1,14). (cf. Rapport annexe tableau 30).

Graphique 28
Pourcentage de chômeurs et d'actifs occupés déclarant au moins une affection du chapitre considéré
Sont exclus les affections concernant moins de 40 personnes dans l'une ou l'autre catégorie,
les troubles de la vue et les problèmes dentaires
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

A un niveau plus détaillé, les chômeurs déclarent deux fois plus souvent souffrir de dépression que les actifs occupés, respectivement 11 % et 5 % des enquêtés. Ils sont 50 % de plus que les actifs occupés à se plaindre de troubles de l'estomac, 40 % de plus à présenter une surdité, 26 % de plus à avoir une hypertension artérielle et 25 % de plus à présenter un surpoids. Les données disponibles ne permettent pas de préciser si ces troubles sont à l'origine du chômage ou en sont la conséquence. En tout état de cause, on peut facilement imaginer qu'une partie de ces troubles, à composante plus ou moins psychosomatique, puissent être favorisée par le chômage. Par contre, les troubles de l'audition qui, à âge et sexe comparables, concernent 1,5 fois plus souvent les chômeurs que les actifs occupés pourraient être considérés comme un facteur de risque du chômage. Bien que les effectifs soient parfois faibles, d'autres maladies, particulièrement fréquentes chez les chômeurs, pourraient également être susceptibles de favoriser une perte d'emploi. Citons, l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies ischémiques et les arthroses périphériques.

Adultes et enfants des familles monoparentales : un moins bon état de santé

Indéniablement le niveau de morbidité diffère selon le type de ménage considéré. Les personnes vivant de manière isolée ou dans des familles monoparentales ont un état de santé nettement moins bon que celles vivant en couple, avec ou sans enfant.

Cette variable " type de ménage " est fortement liée à l'âge et au sexe. En effet, les adultes vivant en couple sans enfant et les personnes vivant seules sont en général âgées (âge moyen respectivement de 57 et 53 ans). A l'opposé, les adultes vivant avec des enfants, que ce soit en couple ou en famille monoparentale sont notablement plus jeunes (respectivement 37 et 35 ans).

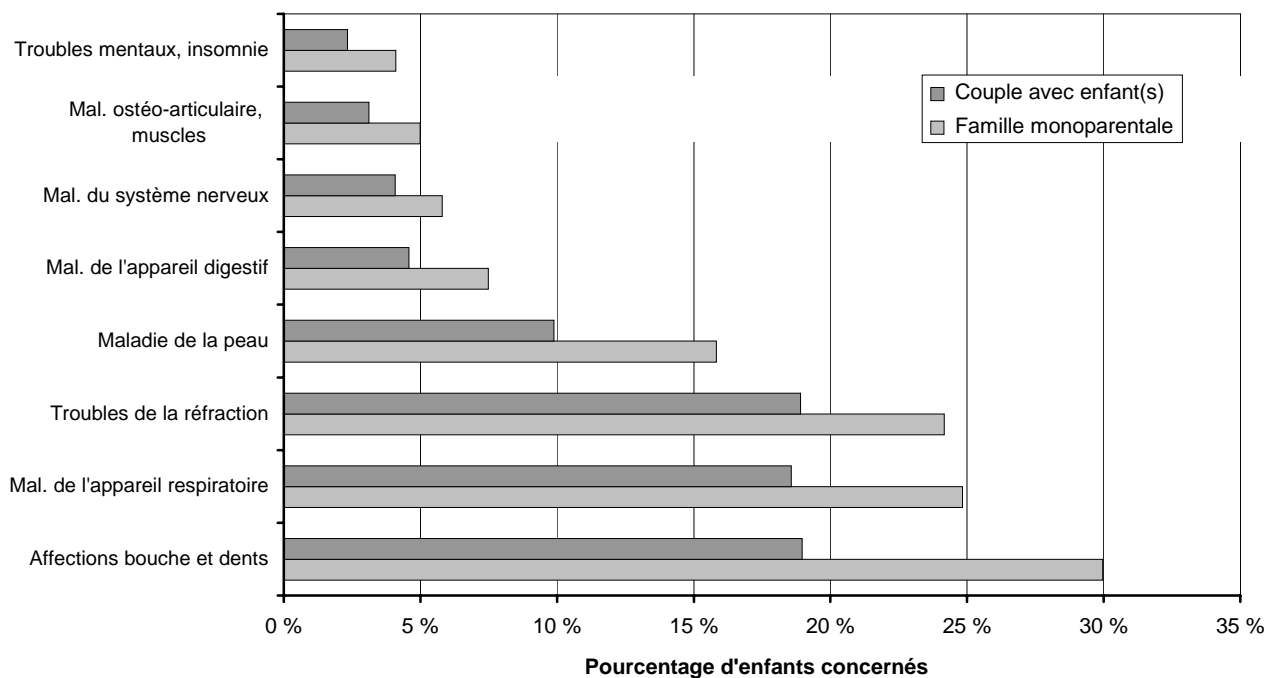
Dans ce chapitre nous comparerons uniquement l'état de santé déclaré par les personnes vivant dans des familles monoparentales et dans des ménages composés d'un couple avec enfant(s). Cette comparaison portera d'une part sur les adultes (18 ans et plus), d'autre part sur les enfants (cf. Rapport annexe tableau 31).

Les enfants sont au nombre de 436 dans les familles monoparentales et de 3 321 dans les familles composées d'un couple avec enfant(s). L'étude des pathologies des enfants vivant dans des familles monoparentales se heurte donc au relatif faible effectif de cette population ; ce problème est aggravé par le fait que les enfants de manière générale déclarent relativement peu de pathologies un jour donné (à peine une affection par enfant en moyenne). Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence. Quoiqu'il en soit, en se limitant aux affections déclarées par plus de 15 enfants vivant dans des familles monoparentales, on constate que ceux-ci sont notablement plus atteints que les enfants vivant dans des familles traditionnelles. Ce résultat observé en valeur est également observé à âge et sexe comparables et à sexe et milieu social comparables.

Les faibles effectifs observés en 2000, ne permettant pas de s'assurer de la significativité de ces résultats forts intéressants, nous avons regroupé les données relevées auprès des ménages en 1998 et 2000. Les données recueillies en 1998, confirment de manière globale, la sur-morbidité observée en 2000 chez les enfants des familles monoparentales⁴⁶.

⁴⁶ *On notera qu'en 1998, le taux d'enfants déclarant être atteints de troubles de la réfraction, de maladies de l'appareil digestif ou de la peau est similaire dans les deux types de ménages.*

Graphique 29
Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans déclarant au moins une affection du chapitre,
dans les familles monoparentales et dans celles composées d'un couple avec enfant(s)
(Sont exclus les affections concernant moins de 15 enfants)
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le cumul des observations recueillies lors de ces deux enquêtes nous permet d'obtenir un nombre suffisant d'observations pour réaliser un test de significativité, en l'occurrence un test du Chi-2 pour chaque chapitre de maladie. Ces tests mettent en évidence (avec un risque à 5 %) la sur-morbidité des enfants de familles monoparentales pour les troubles mentaux et du sommeil, les maladies du système nerveux central et les problèmes dentaires. La fréquence des autres affections ne peut donc pas être considérée comme différente chez les enfants vivant dans les deux types de ménages étudiés.

Les adultes sont au nombre de 544 dans les familles monoparentales et de 4 974 dans les couples avec enfant(s). Sous le terme " adultes " sont comptabilisés toutes les personnes, hommes ou femmes, de 18 ans et plus⁴⁷.

Comme on peut le constater (cf. graphique 30), les adultes vivant dans ces familles monoparentales se déclarent plus souvent atteints pour pratiquement tous les types d'affections. Ils présentent notamment presque 2 fois plus de troubles mentaux ou du sommeil que les adultes vivant en couple et ayant des enfants, et ils sont plus nombreux à souffrir d'affections de l'appareil digestif, du système ostéo-articulaire et de maladies du système nerveux. S'ils déclarent un peu plus souvent avoir des problèmes dentaires, ils sont moins nombreux à présenter des troubles de la vue. Ces observations sont également valables à âge et sexe comparables.

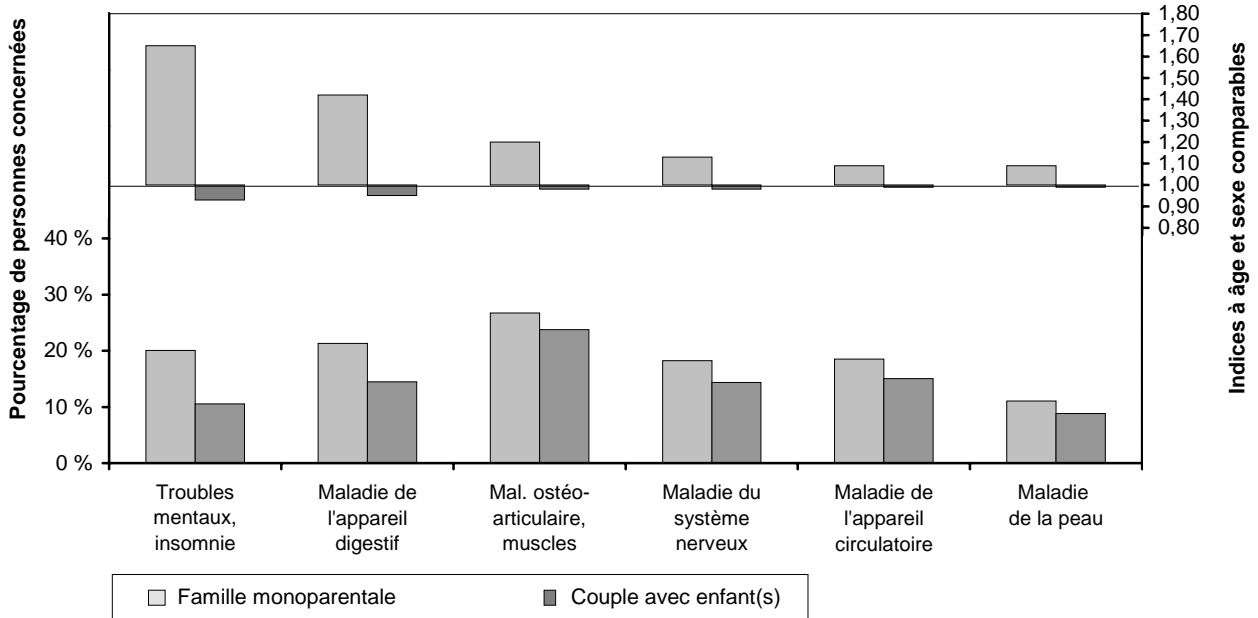
⁴⁷ Ce champ ne recoupe donc pas celui étudié par C. Sermet, M.Khlat et A. Le Pape dans " Situation familiale et santé des femmes : les mères de famille monoparentale en France " - Rapport CREDES n° 1244 - octobre 1998. Le champ que nous retenons pour les adultes est beaucoup plus large puisqu'il comprend les pères vivant avec leurs enfants et les enfants de 18 ans et plus vivant avec l'un de leurs parents.

Graphique 30

Les pathologies plus fréquentes chez les adultes des familles monoparentales que chez les adultes vivant dans un ménage comportant un couple avec enfant(s)

Seules sont représentées les affections concernant plus de 50 personnes dans chaque type de ménage, hors problèmes dentaires

France 2000



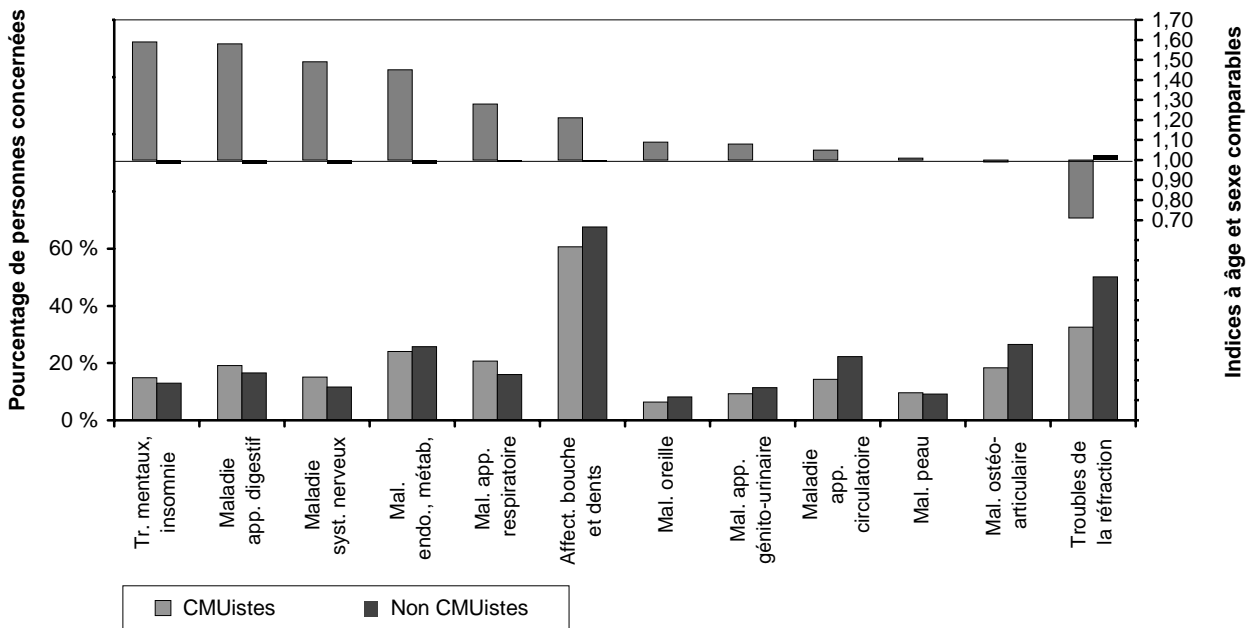
Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 31

Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection parmi les bénéficiaires de la CMU et les non bénéficiaires, et indice à âge et sexe comparables

Sont exclus les affections concernant moins de 40 personnes (base 1 = bénéficiaires de la CMU-AMG + non bénéficiaires)

France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

2.2.2. Morbidité et couverture sociale

Bien entendu, puisque la couverture sociale reflète souvent certaines caractéristiques socio-économiques des personnes, on retrouve fréquemment, pour ces variables, les écarts déjà observés précédemment.

- Il existe ainsi d'importantes différences entre la morbidité déclarée par les personnes bénéficiant de la CMU ou de l'Aide Médicale Généralisée⁴⁸ et les autres. Les personnes disposant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) se déclarent, pour la plupart des affections, plus souvent atteintes que les non bénéficiaires. A âge et sexe comparables, les affections endocriniennes ou métaboliques, les troubles mentaux ou du système nerveux et les maladies de l'appareil digestif atteignent 45 % à 60 % de personnes de plus chez les bénéficiaires de la CMU que chez les autres. A l'opposé, les bénéficiaires déclarent nettement moins de troubles de la réfraction (indice 0,71) (cf. graphique 31 et Rapport annexe tableau 32).
- Les différences sont également importantes entre la morbidité relevée chez les personnes affiliées au Régime général, à la CANAM et à la MSA. Les personnes affiliées à la MSA ont globalement le niveau de morbidité le plus élevé ; elles déclarent plus souvent être atteintes d'affections dans de nombreux groupes de maladies. Ce n'est toutefois pas le cas des affections de l'appareil respiratoire, de celles des oreilles, des troubles de l'appareil digestif, des affections dermatologiques, des troubles du système nerveux et de ceux de la réfraction. Ce niveau élevé de morbidité s'explique essentiellement par l'âge élevé de cette population. Après ajustement sur l'âge et le sexe, les personnes couvertes par la MSA déclarent moins d'affections que la moyenne⁴⁹ pour presque tous les groupes de pathologies. Leur niveau de morbidité est proche de la moyenne pour les problèmes dentaires (indice 1,06), les troubles endocriniens ou du métabolisme (indice 1,0) et les affections ostéo-articulaires (indice 0,98).

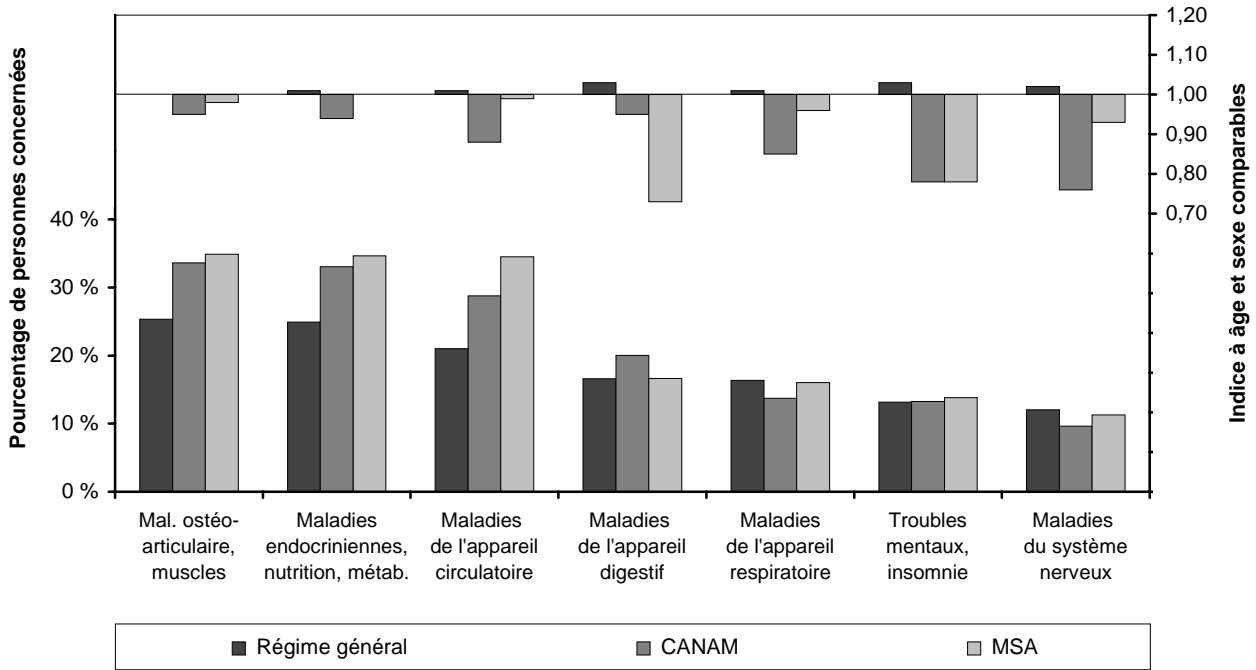
Les personnes affiliées à la CANAM, ont globalement une morbidité plus élevée que celle du régime général, mais le plus souvent moins élevée que celles de la MSA. Les personnes bénéficiaires de ce régime déclarent être moins atteintes que celles des autres régimes par les maladies du système nerveux, les affections de l'appareil respiratoire et les traumatismes. Par contre, à âge et sexe comparables, pour pratiquement tous les groupes d'affections, elles ont un niveau de morbidité déclarée peu élevé ou moyen. Bien entendu, étant donné leur nombre important, les bénéficiaires du Régime général ont une morbidité pratiquement similaire à la morbidité moyenne de la population enquêtée (cf. graphique 32 et Rapport annexe tableau 33).

- Comme on pouvait s'y attendre, les personnes exonérées pour raison médicale sont plus souvent atteintes que les personnes non exonérées pour pratiquement toutes les affections, sauf pour les pathologies dermatologiques. A âge et sexe comparables, elles sont 3 fois plus souvent atteintes de tumeurs, et 2 fois plus souvent de troubles mentaux ou du sommeil et de troubles du système nerveux. Elles ne présentent par contre pas plus d'affections de la peau, des dents et du système ostéo-articulaire (cf. graphique 33 et Rapport annexe tableau 34).

⁴⁸ Au 1^{er} janvier 2000 les bénéficiaires de l'AMG en 1999 ont été automatiquement basculés à la CMU. Au cours de l'enquête 2000, une proportion relativement importante de personnes théoriquement bénéficiaires de la CMU déclaraient avoir l'AMG et non la CMU. Nous considérerons ces personnes bénéficiaires de la CMU.

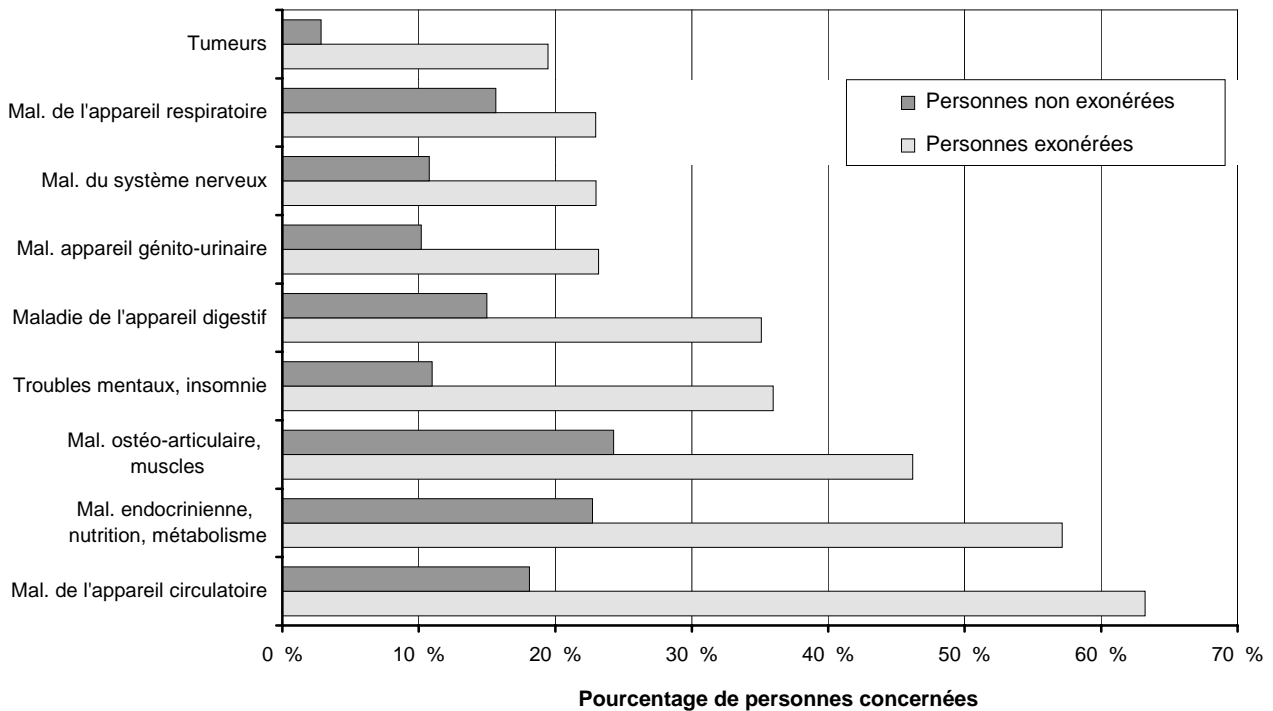
⁴⁹ Ce meilleur état de santé à âge et sexe comparables est théorique. Seul l'état de santé réel compte pour la prise en charge financière par les caisses de Sécurité sociale.

Graphique 32
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection
parmi les bénéficiaires de chacun des trois régimes de Sécurité sociale, et indice à âge et sexe comparables
Sont exclus les affections concernant moins de 40 personnes dans l'un des trois régimes
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 33
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection
parmi les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale et les personnes non exonérées
Sont exclus les affections concernant moins de 40 personnes, les troubles de la vue et les problèmes dentaires
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

2.2.3. Les troubles de santé sont-ils traités ?

Lors de la déclaration des maladies par la personne enquêtée, il lui est demandé si les affections qu'elle déclare ont donné lieu, ou non, à un traitement au cours de l'année précédant l'enquête. Toutefois, certains groupes d'affections ne se prêtent pas à cette interrogation, car un grand nombre d'entre elles sont "récupérées" lors du chiffrage médical, grâce à des questionnements spécifiques, et la question relative au traitement n'est donc pas posée. Les affections "récupérées" sont essentiellement des troubles de la vue, des problèmes dentaires et certaines affections endocriniennes telles que le surpoids ou l'obésité.

En moyenne, 85 % des maladies déclarées spontanément ont donné lieu à un traitement au cours de l'année précédant l'enquête. C'est le cas par exemple de 90 % des maladies de l'appareil respiratoire, de 88 % des affections endocriniennes ou métaboliques (hors surpoids), des troubles mentaux, des maladies du système nerveux et de 86 % des maladies de l'appareil circulatoire. Le nombre relativement faible de maladies n'ayant pas donné lieu à un traitement dans l'année laisse supposer qu'un certain nombre d'affections sont sous-déclarées. En effet, à partir d'un certain âge, toutes ou presque toutes les personnes présentent certaines affections qui ne sont pas systématiquement traitées, telles que par exemple les arthroses.

2.2.4. La douleur : un fléau pour un nombre important de personnes

Les femmes déclarent plus souvent présenter des douleurs fréquentes que les hommes, respectivement dans 37 et 27 % des cas⁵⁰ (cf. Rapport annexe tableau 35 et 36). Elles sont 17 % (11 % des hommes) à présenter des douleurs importantes ou très importantes et 20 % à avoir des douleurs peu importantes versus 16 % pour les hommes. Le pourcentage de personnes se plaignant de douleurs augmente régulièrement avec l'âge ; à 65 ans et plus, 62 % des enquêtés se plaignent de douleurs fréquentes. A cet âge, on peut malheureusement constater que le quart de la population déclare souffrir souvent de douleurs importantes et que 6 % souffrent de douleurs très importantes⁵¹ (cf. graphique 35).

A âge et sexe comparables, les douleurs sont plus fréquentes chez les chômeurs que chez les actifs occupés (indices à 1,16 et 0,98), parmi les employés de commerce et les ouvriers qualifiés (indices à 1,38 et 1,24) et chez les personnes ayant un niveau d'études inférieur ou égal au collège. Toujours à âge et sexe comparables, plus le revenu diminue (revenu du ménage et revenu par UC), plus le pourcentage de personnes déclarant des douleurs tend à augmenter. Les bénéficiaires du RMI et ceux disposant de la CMU déclarent plus souvent souffrir de douleurs fréquentes (indices à 1,29 et 1,28). Naturellement, lorsque les indicateurs d'état de santé (risque vital, invalidité ou note subjective) se dégradent la déclaration de douleurs est plus fréquente. Il en est de même lorsque les personnes sont exonérées du ticket modérateur pour raison médicale (indice 1,51). Ces différentes variables sont probablement liées entre elles, mais elles caractérisent toutes une population socialement défavorisée dont une part plus importante souffre physiquement. Ce constat est à mettre en relation avec une morbidité déclarée souvent différente du reste de la population (fréquence des pathologies ostéo-articulaires, des troubles mentaux et du sommeil, des troubles digestifs, des maladies du système nerveux, ...).

54 % des affections responsables des douleurs sont des maladies de l'appareil ostéo-articulaire, 22 % appartiennent au groupe des symptômes, 7 % sont des maladies du système nerveux et 4 % des maladies de l'appareil digestif (cf. Rapport annexe tableau 37).

⁵⁰ La question posée était : " Souffrez vous fréquemment de douleurs : oui très importantes oui importantes oui peu importante non ".

⁵¹ L'importance de ces chiffres permet de penser que nombre de personnes vivent dans l'attente de nouvelles formes de prise en charge (diagnostiques mais surtout thérapeutiques). Dès lors, il n'est pas étonnant que lorsqu'un nouveau traitement susceptible de les calmer arrive sur le marché, ces personnes souhaitent en bénéficier rapidement.

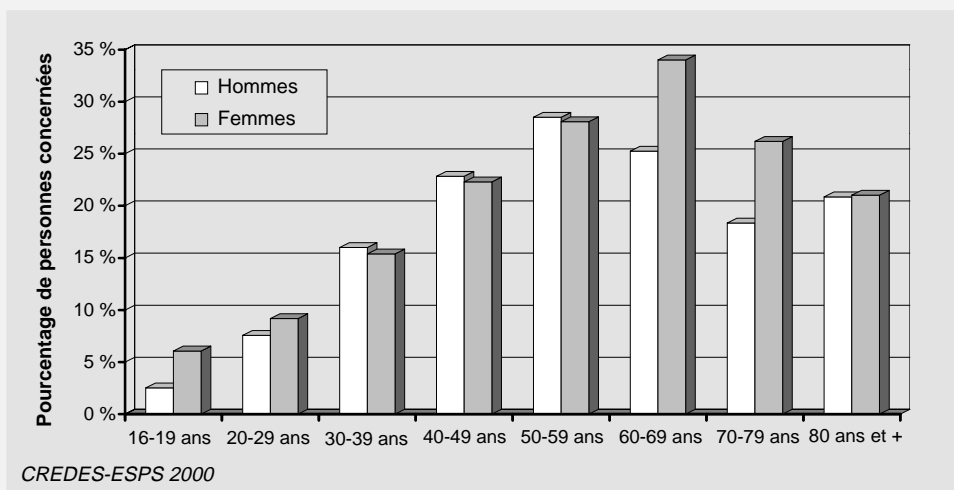
Après quarante ans, les douleurs d'origine vertébrale concernent plus d'une personne sur quatre

19 % des enquêtés de plus de 15 ans, vivant dans des ménages ordinaires (hors institutions) souffrent de douleurs d'origine vertébrale. Celles-ci concernent pratiquement tous les âges de la vie ; ainsi entre 16 et 19 ans, déjà plus de 4 % des adolescents s'en plaignent. La fréquence de ces affections augmente régulièrement avec l'âge, pour atteindre un maximum de 30 % entre 60 et 69 ans. A partir de 70 ans, leur fréquence décroît légèrement, mais elle concerne tout de même plus d'une personne sur cinq (cf. Rapport annexe tableau 38).

Le quart de ces pathologies sont des sciatiques, 20 % des arthroses vertébrales, 14 % des lumbago et 9 % des détériorations discales sans autre indication. Pratiquement toutes les autres affections citées sont des lombalgies, cervicalgies et autres maux de dos.

Ces affections sont un peu plus fréquentes chez les femmes, 20 % versus 18 % pour les hommes. Cette différence est essentiellement due aux femmes de 60 à 79 ans.

Graphique 34
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection d'origine vertébrale, selon l'âge et le sexe



La fréquence de ces troubles diffère selon le milieu social. A âge et sexe comparables, ce sont les personnes vivant dans des ménages d'employé de commerce et d'ouvrier qualifié qui présentent le plus souvent ces troubles (indices respectifs de 1,13 et 1,23). De manière surprenante, tant en indice qu'en valeur, ces troubles sont les moins déclarés dans les ménages d'ouvrier non qualifié. Leur fréquence ne diffère pas chez les actifs et les chômeurs.

A âge et sexe comparables, cette pathologie est plus souvent déclarée par les personnes ayant un niveau d'études correspondant au lycée (indice 1,22). Elle est moins souvent citée par les personnes ayant suivi des études supérieures ou à l'inverse par les personnes n'ayant jamais été scolarisées. Contrairement à bon nombre d'affections, ces troubles semblent moins fréquents chez les bénéficiaires de la CMU, et chez les personnes ne disposant pas de complémentaire maladie.

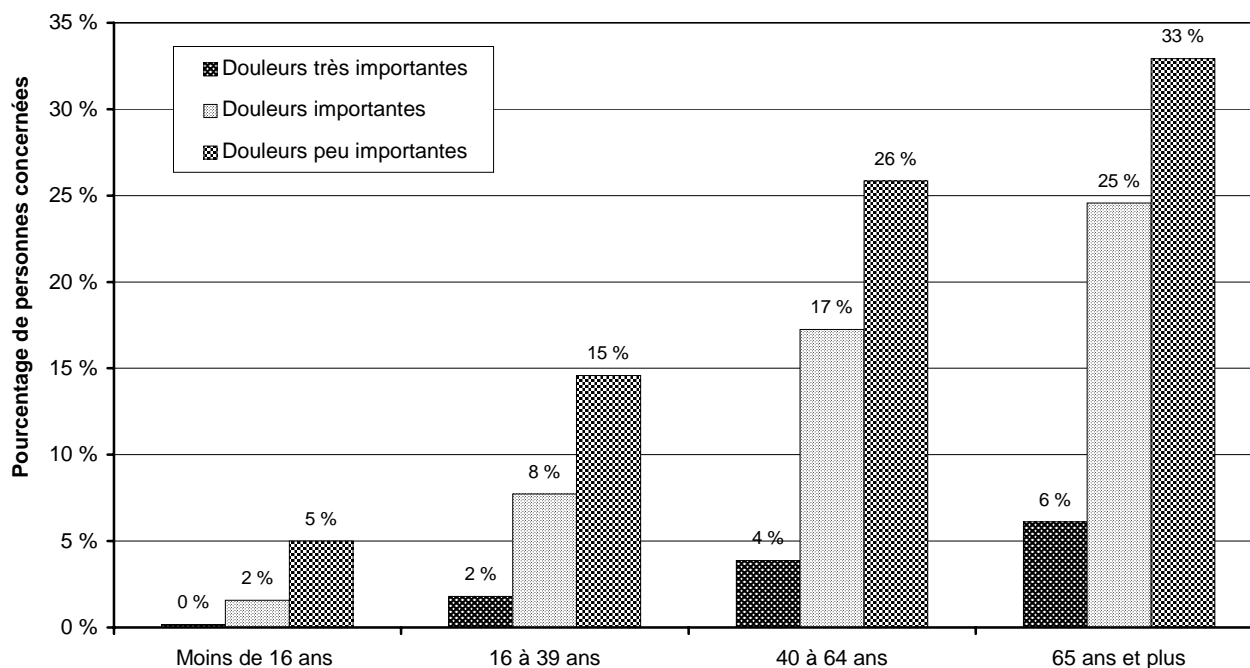
Ces affections sont particulièrement fréquentes chez les personnes qui estiment être en mauvaise ou très mauvaise santé, puisque plus du tiers d'entre elles déclarent l'un de ces troubles. Parmi les personnes estimant leur état de santé moyen, le quart déclare avoir une pathologie de ce type. Ils sont moins de 8 % parmi ceux qui estiment être en bonne et très bonne santé.

Rappelons que ces affections d'origine vertébrale sont les pathologies les plus souvent citées comme responsables de douleurs chroniques, et ce quel que soit le degré de la douleur.

A un niveau plus détaillé, 20 % des affections sont des douleurs sans autre indication ou sans motif détaillé, 14 % sont des douleurs rachidiennes de type sciatalgies et autres lombalgies et 14 % également des douleurs dues à l'arthrose (rachis non compris). Viennent ensuite les douleurs liées aux autres pathologies rachidiennes (arthrose vertébrale, hernie discale, scoliose, ...) (12 %), les douleurs articulaires et musculaires (7 %) et les migraines et céphalées (6 %). Au total, plus du quart des affections responsables de douleurs fréquentes chez les enquêtés sont des douleurs d'origine vertébrale. L'encadré situé ci contre développe les caractéristiques de toutes les personnes ayant déclaré au moins une pathologie rachidienne que celle-ci soit ou non responsable de douleurs fréquentes (59 % en souffrent fréquemment).

Quel que soit le degré de la douleur (très importante, importante ou peu importante), la répartition de principaux motifs ne change pas fondamentalement. Seul le poids des douleurs sans autre indication diminue au profit des douleurs dont la localisation est précisée, notamment pour les douleurs très importantes.

Graphique 35
Pourcentage de personnes déclarant des douleurs fréquentes en fonction de l'intensité de la douleur, selon l'âge
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

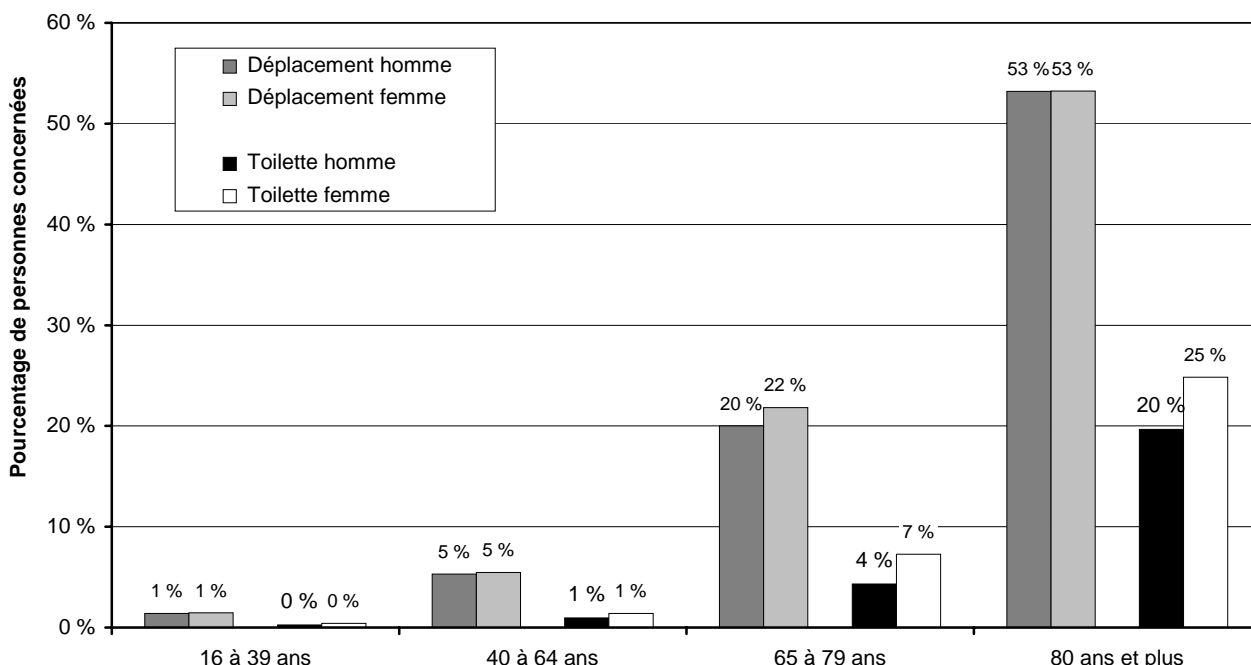
2.2.5. L'incapacité

A 80 ans et plus, 1 personne sur 2 se déplace avec difficultés et 1 sur 5 a du mal à faire sa toilette

Pour affiner le recueil de la morbidité et mieux appréhender le niveau de handicap des personnes, des questions sur d'éventuelles difficultés à se déplacer et à faire sa toilette, sont posées à chaque enquêté.

7 % des enquêtés de plus de 16 ans vivant dans des ménages ordinaires⁵² déclarent avoir des difficultés à se déplacer, (6,5 % des hommes et 7,2 % des femmes adultes). Ces difficultés concernent 1,4 % des personnes de 16 à 39 ans, 5,4 % de celles de 40 à 64 ans et plus du quart des personnes de 65 ans et plus (cf. graphique 36 et tableaux annexe n° 39 et 40). Parmi les personnes qui se déplacent avec difficultés, les trois quarts n'ont besoin d'aucune aide mais ressentent certaines limitations et 15 % se déplacent avec une canne. Les autres personnes (10 %) sont très handicapées puisqu'elles ne peuvent se déplacer qu'avec l'aide d'une autre personne ou ne se lèvent pas ou à peine de leur lit.

Graphique 36
Pourcentage de personnes ayant des difficultés à se déplacer ou à faire leur toilette, selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

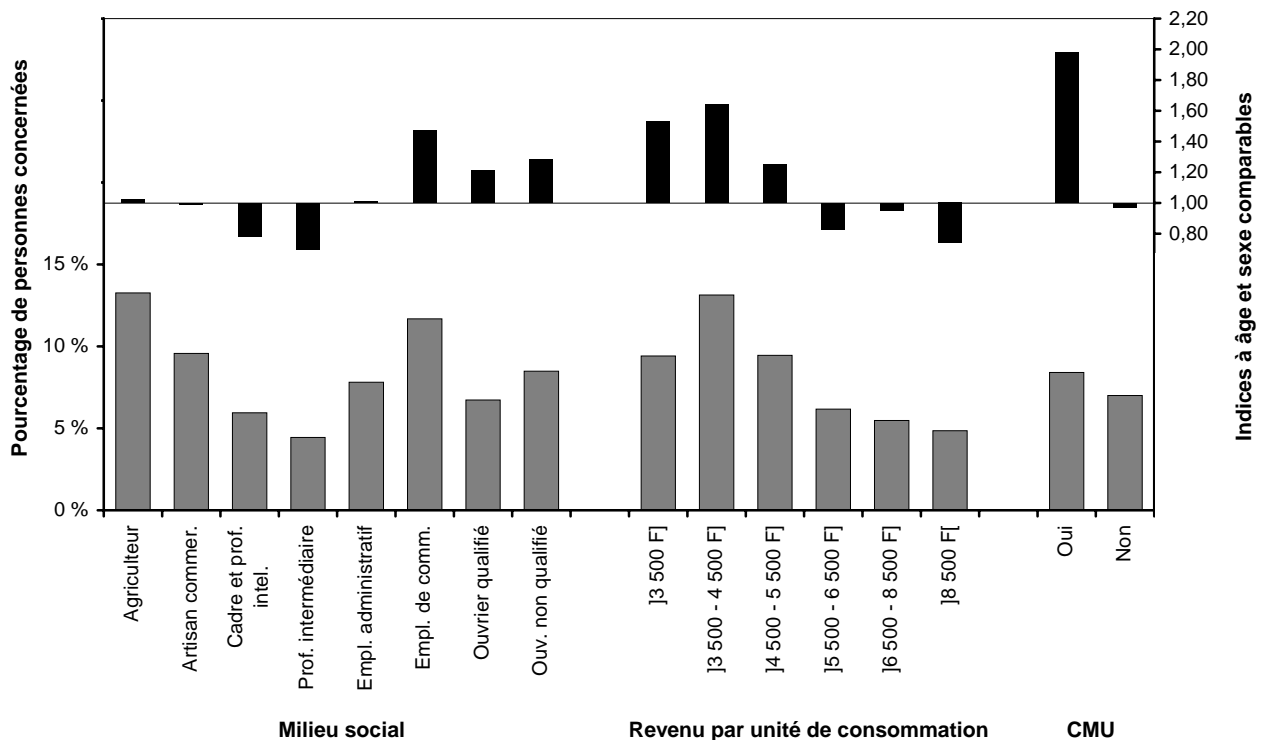
⁵² Par opposition aux ménages collectifs.

2 % des adultes enquêtés déclarent avoir des difficultés à faire leur toilette, 1,5 % des hommes et 2,6 % des femmes. Ils sont à peine plus de 1 % parmi les 40-64 ans, mais presque 9 % chez les 65 ans et plus. Parmi les adultes handicapés pour faire leur toilette, 46 % réussissent à la faire seuls, et 54 % ont besoin de l'aide d'une autre personne.

Ces types de handicaps sont influencés par le milieu social des enquêtés ; en effet, à âge et sexe comparables, les personnes vivant dans un milieu d'employé de commerce, d'ouvrier qualifié et non qualifié sont celles qui présentent le plus fréquemment des difficultés à la marche comme pour la toilette. A noter dans les ménages d'agriculteurs, la forte proportion, tant en valeur qu'en indice, de personnes ayant des difficultés à faire leur toilette (plus de 5 % et indice à 1,60) (cf. Rapport annexe tableau 41).

Le pourcentage de chômeurs ayant des difficultés à se déplacer est particulièrement important, 5,4 % versus 2 % chez les actifs occupés. Les chômeurs étant globalement plus jeunes, l'écart est encore plus important à âge et sexe comparables. Ces difficultés de déplacement se retrouvent également plus souvent chez les personnes ayant un niveau d'études inférieur ou égal au primaire, chez les RMIstes, les bénéficiaires de la CMU et les personnes exonérées pour raison médicale. Comme le montre le graphique ci-dessous, lorsque le revenu baisse, la fréquence des difficultés à se déplacer tend à augmenter.

Graphique 37
Pourcentage de personnes ayant des difficultés à se déplacer et indices à âge et sexe comparables,
selon le milieu social, le revenu par unité de consommation et le bénéfice ou non de la CMU complémentaire
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

2.2.6. Le port de prothèses

Davantage de dentiers chez les personnes les moins favorisées

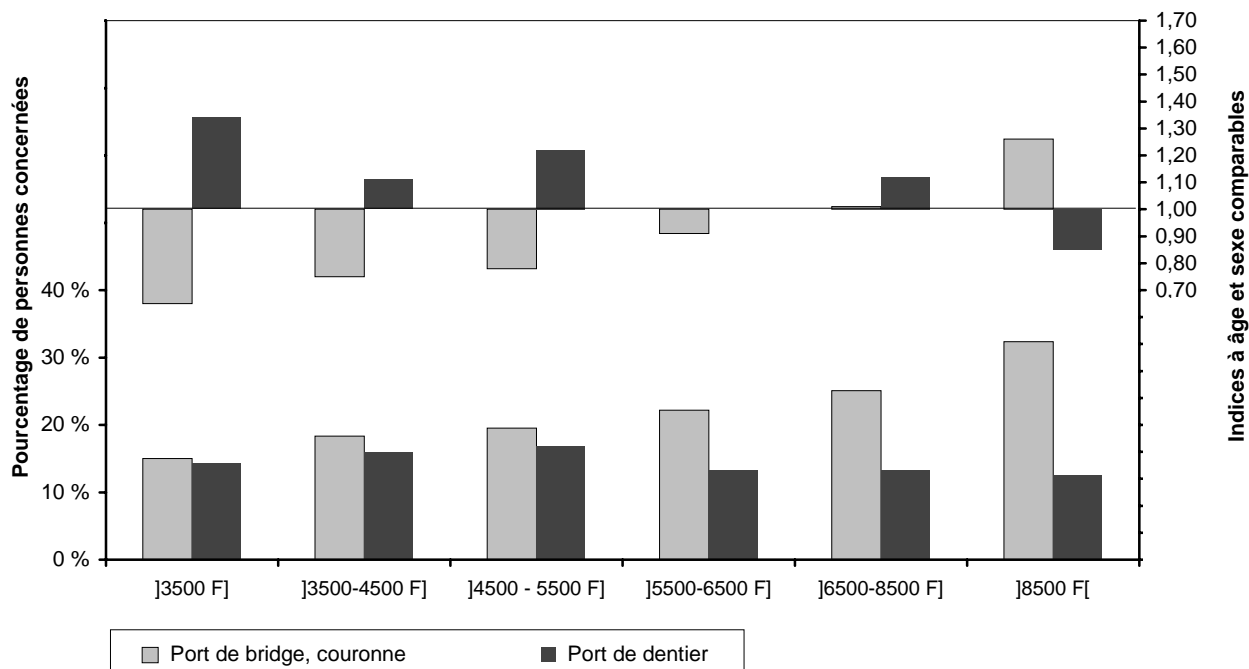
23 % des enquêtés (25 % des hommes et 22 % des femmes) déclarent avoir toutes leurs dents intactes et en bon état : les trois quart des enfants de 2 à 15 ans, mais seulement 2 % des personnes de 65 ans et plus (cf. Rapport annexe tableau 42). 49 % des enquêtés déclarent avoir toutes leurs dents dont certaines ont du être traitées ; cet état concerne 24 % des enfants, 65 % des adultes de 16-39 ans, 54 % des 40-64 ans et 31 % des personnes de 65 ans et plus.

10 % des 16-39 ans ont déjà perdu une partie de leurs dents tout comme le quart des 40-64 ans et des 65 ans et plus. Enfin, 10 % des enquêtés ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents. Cet état concerne déjà plus de 1 % des enquêtés entre 16 et 39 ans, mais à 65 ans et plus, il affecte 38 % des personnes.

Le tiers des enquêtés de plus de 15 ans déclarent avoir une prothèse dentaire fixe de type couronne ou bridge : 26 % des 16-39 ans, 44 % des 40-64 ans et le tiers des 65 ans et plus. Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes, 38 % des femmes de plus de 15 ans et 31 % des hommes (cf. Rapport annexe tableau 43).

Le port d'une prothèse dentaire amovible, type dentier, concerne 19 % des adultes de plus de 15 ans. Ils sont 3 % dans ce cas entre 16 et 39 ans, 22 % entre 40 et 64 ans et plus de 55 % au-delà de cet âge. Les femmes adultes sont un peu plus souvent appareillées que les hommes, 21 % et 17 %.

Graphique 38
Fréquence du port de couronne (ou bridge), fréquence du port de dentier et indices à âge et sexe comparables selon le revenu par unité de consommation France 2000



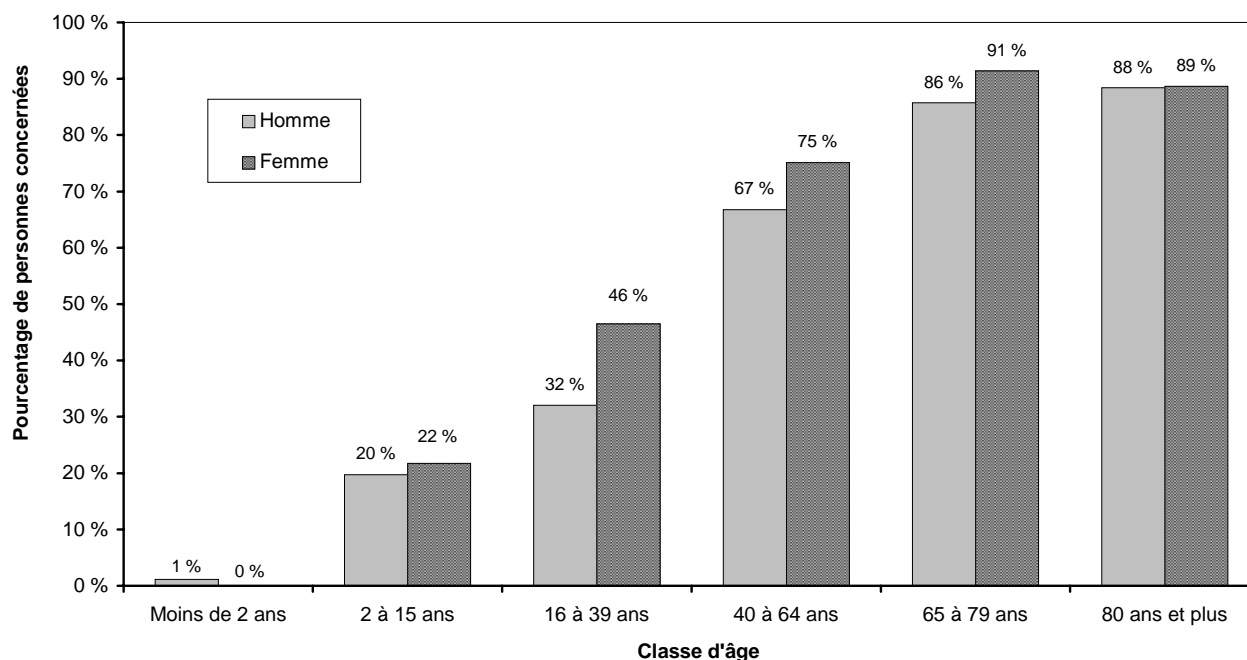
Source : CREDES-ESPS 2000

On notera qu'à âge et sexe comparables, les personnes qui vivent dans des ménages de cadre supérieur et de cadre moyen sont plus souvent appareillées avec des prothèses fixes de type couronne ou bridge que les autres personnes enquêtées. A l'inverse, les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier qualifié ou non qualifié, dans les ménages d'employé administratif ou de commerce et dans des ménages d'agriculteur sont plus souvent appareillées avec une prothèse amovible, de type dentier. Comme le montre le graphique 38, le port de couronne ou de bridge croît de manière régulière avec l'augmentation du revenu ; cet effet, est conservé après correction par l'âge et le sexe. Par contre, le pourcentage de personnes portant un dentier fluctue selon le niveau de revenu, mais le fait de corriger ce pourcentage de l'influence de l'âge et du sexe, conduit à observer que le port de dentier est beaucoup plus fréquent dans les milieux les moins favorisés financièrement. De même, cet appareillage est plus fréquemment rencontré chez les chômeurs, les personnes ayant un faible niveau d'études, les bénéficiaires de la CMU et/ou du RMI, les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale et celles se déclarant elles mêmes en mauvais état de santé. A l'inverse, le port de couronnes et de bridges est notablement plus fréquent dans les milieux les plus favorisés. Ces liaisons sont à mettre en relation avec un recours beaucoup plus faible au chirurgien-dentiste des personnes les moins favorisées, et donc à une prévention bucco-dentaire moins importante conduisant plus souvent à un délabrement dentaire tel, qu'une pose de prothèse fixe ne peut plus être envisagée.

46 % des hommes et 56 % des femmes portent des lunettes

Le port de lunettes ou de lentilles concerne 51 % des enquêtés. Naturellement, le port de lunettes augmente avec l'âge, passant de 19 % pour les moins de 16 ans à 40 % pour les 16-39 ans, 71 % pour les 40-64 ans et 89 % pour les 65 ans et plus.

Graphique 39
Pourcentage de personnes portant des lunettes ou des lentilles selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le port de lunettes ou de lentilles est beaucoup plus fréquent dans les ménages de cadre supérieur, 59 % (indice 1,33), que dans les autres ménages notamment ceux d'ouvrier non qualifié où il concerne seulement 39 % des personnes.

La fréquence du port de lunettes croît avec le niveau d'études et le niveau de revenu. Elle est notablement plus faible que la moyenne chez les bénéficiaires du RMI, les bénéficiaires de la CMU et les personnes ne disposant pas d'une complémentaire maladie.

Les affections les plus fréquentes sont la presbytie et la myopie qui concernent respectivement 22 et 21 % de la population. La presbytie et la myopie touchent chacune 24 % des femmes et respectivement 20 % et 18 % des hommes. L'astigmatisme comme l'hypermétropie sont moins fréquents.

A peine 5 % des personnes de 65 ans et plus portent une prothèse auditive

1 % des enquêtés déclarent porter une prothèse auditive. Ils sont 0,4 % jusqu'à 64 ans, à peine 4 % entre 65 et 79 ans, mais 11 % au-delà de cet âge. Pourtant au-delà de 64 ans, plus de 22 % des personnes déclarent une surdité plus ou moins importante. On peut d'ailleurs penser que ce pourcentage est sous évalué puisqu'il s'agit de déclaration spontanée, et donc que seules les personnes gênées de manière importante pensent à noter ce déficit. Contrairement à ce que l'on observe pour le port de lunettes, peu de personnes se plaignant de surdité sont appareillées. Quelle en est la cause, alors que les progrès techniques rendent ces prothèses de plus en plus performantes et confortables, même lors des discussions en collectivité ? Il est probable que le coût important de ces prothèses et leur prise en charge s'appuyant sur une base tarifaire sans rapport avec les prix pratiqués (65 % de 1310 francs, pour les personnes de plus de 20 ans), limite l'accès à cet appareillage.

2.3. Les indicateurs de morbidité : risque vital et invalidité

Il s'agit d'une synthèse du dossier de chaque enquêté, effectuée en fin de chiffrage par des médecins chargés de la codification médicale. Cette synthèse, réalisée uniquement à partir des éléments déclarés par l'enquêté sur les différents questionnaires, comporte deux dimensions, l'invalidité et le risque vital. Pour établir cette synthèse, le médecin codificateur prend en compte tous les éléments susceptibles d'influer sur l'état de santé, bien entendu les diverses pathologies, mais aussi les types de traitements, les antécédents chirurgicaux, l'obésité, le tabagisme, ... (cf. *Annexe C.3 et C.4 p.176*).

13 % des personnes de 65 ans et plus vivant en ménage ordinaire présentent une invalidité très importante

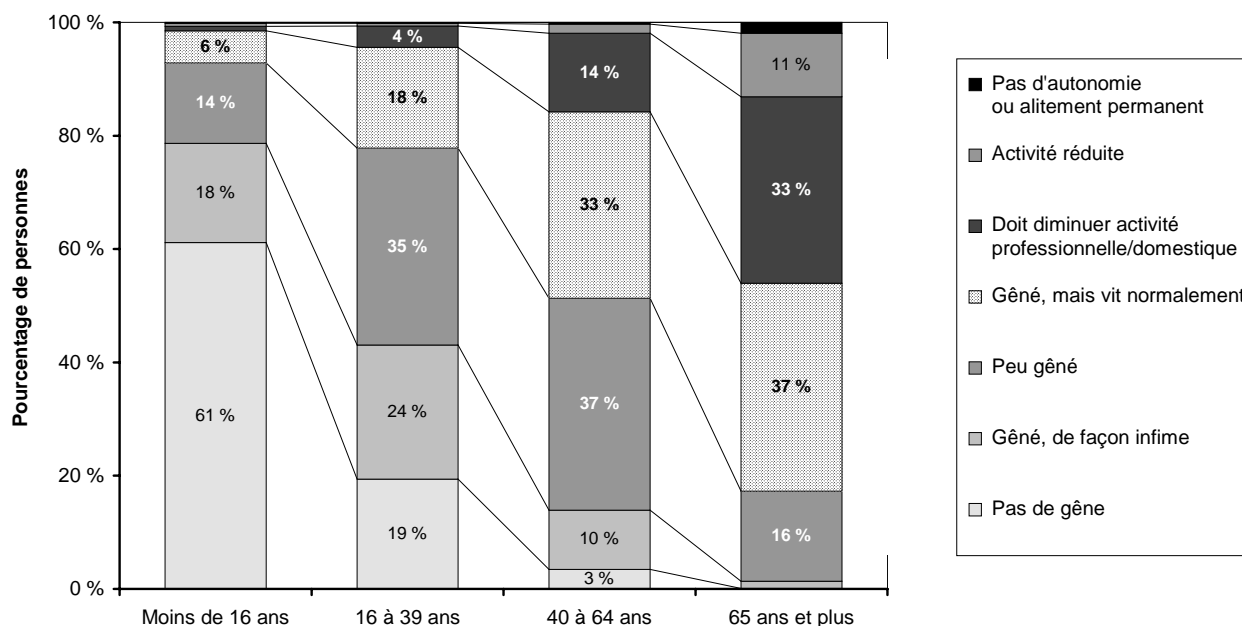
Pratiquement les deux tiers des enquêtés (65 %) ne sont pas ou peu gênés par leur état de santé, 22 % sont gênés mais mènent une vie normale. Par contre, 10 % des enquêtés doivent, du fait d'un état de santé médiocre, diminuer leurs activités. Enfin, 3 % de la population a une activité très ralentie ou pas d'activité du tout du fait de la maladie⁵³.

Les hommes sont moins souvent invalides que les femmes : 41 % d'entre eux ne sont pas gênés ou le sont de manière infime, ce qui n'est le cas que du tiers des femmes (cf. Rapport annexe tableau 44).

L'invalidité croît en fonction de l'âge : les personnes qui ne sont pas gênées, ou qui le sont de manière infime, représentent 79 % des enfants de moins de 16 ans mais à peine plus de 1 % des personnes de 65 ans et plus. A l'autre extrême, les personnes n'ayant aucune activité domestique ou une activité réduite ou très ralentie représentent 13 % des personnes de 65 ans et plus contre 0,7 % des enfants de moins de 16 ans (cf. Graphique n° 40 et Rapport annexe tableau 46).

⁵³ Par rapport à l'état de santé de l'ensemble de la population vivant en France, cette estimation est sous évaluée d'une part car l'enquête n'est pas réalisée dans les institutions pour personnes âgées, d'autre part parce que les ménages dont l'un des membres est gravement malade ont naturellement plus de difficultés, matérielles et psychologiques, à participer à l'enquête.

Graphique 40
Invalidité selon l'âge
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Avec l'échelle retenue par référence aux pensions d'invalidité de l'Assurance maladie⁵⁴, l'invalidité moyenne des enquêtés s'établit à 8,5⁵⁵. Les hommes sont en moyenne un peu moins invalides que les femmes (respectivement 8,1 et 8,8). Comme ils sont en moyenne plus jeunes que les femmes, en redressant par âge, l'écart s'efface.

Un enquêté de 65 ans et plus sur cinq a un mauvais pronostic vital

3,6 % des personnes ont un pronostic vital mauvais ou probablement mauvais et 12 % ont un risque possible sur le plan vital. A l'opposé, pratiquement 54 % des enquêtés n'ont aucun indice de risque vital ou ont un pronostic péjoratif très faible (cf. Rapport annexe tableau 45).

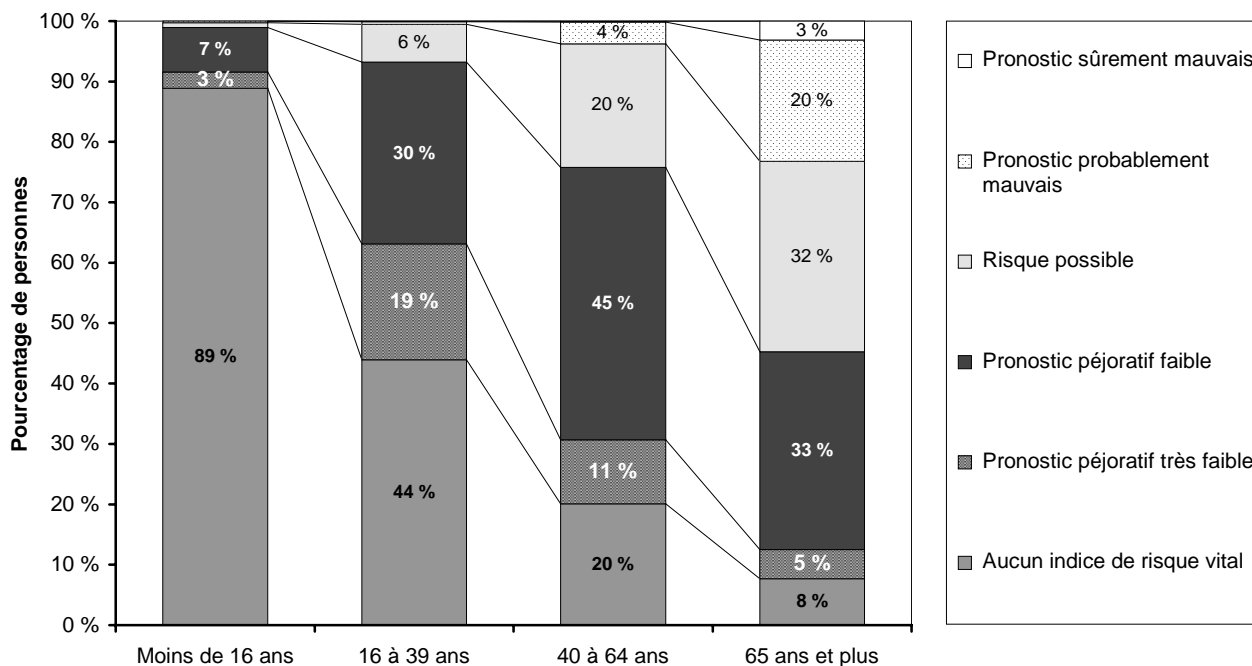
De manière parallèle à l'invalidité, le pronostic vital se détériore avec l'âge de sorte que 19 % des personnes de 65 ans et plus ont un pronostic vital mauvais ou probablement mauvais (cf. graphique 41 et Rapport annexe tableau 47).

Avec une échelle similaire à celle de l'invalidité, le pronostic moyen est proche pour les deux sexes (9,4 pour les hommes et 9,2 pour les femmes). Cependant, comme les hommes sont plus jeunes en moyenne, leur indice de pronostic redressé par âge est de 1,05 alors que celui des femmes est de 0,95. Bien que cette différence soit faible, elle est constante depuis 8 ans, et semble donc traduire un pronostic vital légèrement meilleur, à âge égal, pour les femmes que pour les hommes, ce qui est à rapprocher de leur espérance de vie plus longue.

⁵⁴ Cf. Annexe C.4 page 177.

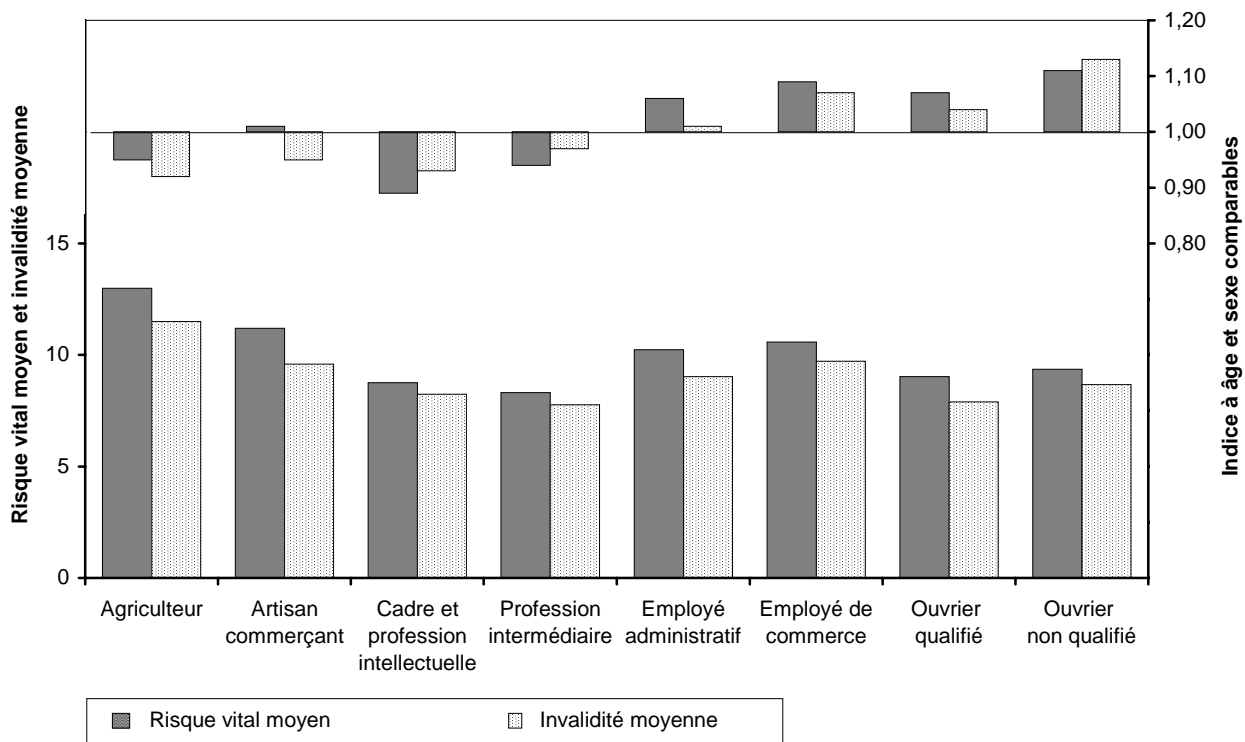
⁵⁵ L'échelle pour le calcul de l'invalidité moyenne va de 0 (aucune invalidité) à 95 (état grabataire).

Graphique 41
Risque vital selon l'âge
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 42
Invalidité et risque vital moyens selon le milieu social, et indices à âge et sexe comparables
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Chômeurs, bénéficiaires de la CMU ou du RMI et personnes sans couverture complémentaire présentent un niveau de morbidité en moyenne plus grave

Outre l'âge et le sexe, les indicateurs d'état de santé (établi par des médecins chiffreurs à partir de la déclaration des maladies par les enquêtés), varie de manière importante avec les variables économiques et sociales (cf. Rapport annexe tableau 48).

Ainsi, l'état de santé des chômeurs est moins bon que celui des actifs occupés. En effet, le risque vital moyen est de 11,1 pour les chômeurs et de 9,1 pour les actifs occupés. Le degré d'invalidité est également plus élevé chez les chômeurs 8,7 versus 7,2. Les chômeurs étant en moyenne plus jeunes que les actifs, les écarts à âge et sexe comparables sont encore plus élevés, indices respectifs 1,22 et 0,98 pour le risque vital et indices de 1,20 et 0,98 pour l'invalidité.

C'est dans les ménages d'agriculteur et d'artisan commerçant que l'état de santé observé est le moins bon, et dans les ménages de cadre et de personne exerçant une profession intermédiaire qu'il est le meilleur. Toutefois, la répartition par âge et par sexe étant très différente selon le milieu social, les résultats à âge et sexe comparables sont très différents des résultats observés. Ainsi, les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier non qualifié, et de manière légèrement moins marquée, celles vivant dans les ménages d'employé de commerce présentent à âge et sexe comparables les moins bons états de santé. A l'opposé, les membres des ménages de cadre supérieur, présentent globalement le meilleur état de santé, suivis dans une moindre mesure par les personnes vivant dans les ménages dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire. Quant aux ménages d'agriculteur et d'artisan commerçant, la nette détérioration observée du risque vital et de l'invalidité, s'explique exclusivement par l'âge plus élevé de ces personnes (cf. graphique 42).

Le niveau d'études des individus est associé de manière inverse à l'évolution du risque vital et de l'invalidité. Ainsi, plus le niveau d'études est faible plus le degré de risque vital et d'invalidité augmente. Le risque vital moyen des personnes ayant fait des études supérieures est 2 fois moins élevé que celui des personnes n'ayant jamais été scolarisées ou ayant un niveau d'études primaires ; l'invalidité quant à elle est 2 à 3 fois plus élevée. A âge et sexe comparables l'écart se réduit car les personnes non scolarisées ou ayant un niveau d'études primaires sont nettement plus âgées que celles ayant suivi des études supérieures ; toutefois, les écarts restent tout de même importants entre les niveaux d'études extrêmes.

L'état de santé mesuré par les indicateurs de morbidité est moins bon dans les familles monoparentales que dans les familles composées d'un couple avec enfant(s). Si l'indicateur d'invalidité est similaire pour les enfants de ces deux types de ménage, il est légèrement moins bon pour les adultes des familles monoparentales que pour les autres adultes, respectivement 7,4 et 6,8. Par contre, les enfants comme les adultes des familles monoparentales présentent un risque vital notablement plus élevé que dans les familles traditionnelles. Chez les adultes, l'indice du risque vital à âge et sexe comparables est de 1,15 versus 0,98. Chez les enfants, les écarts sont encore plus marqués indice 1,32 versus 0,96, mais les effectifs sont limités et nécessitent de prendre ce résultat avec prudence.

La morbidité des personnes vivant du RMI (âge moyen 26 ans) présente un profil tout à fait particulier : la valeur peu élevée de leur risque vital moyen (7,4) et de leur invalidité moyenne (6,7) résulte pour l'essentiel de leur âge moins élevé, puisque leurs indices redressés par âge et sexe sont nettement supérieurs à la moyenne (respectivement 1,24 et 1,20). On peut donc dire que malgré un état de santé qui semble apparemment satisfaisant, ils ont clairement un moins bon état de santé que le reste de la population au même âge. Ce phénomène se retrouve également chez les personnes bénéficiaires de la CMU (âge moyen 27 ans), pour lesquels les indices sont encore plus élevés : 1,35 pour le risque vital et 1,22 pour l'invalidité.

Le niveau élevé du risque vital moyen (32 en valeur et 1,91 en indice) et de l'invalidité moyenne (29 en valeur et 1,90 en indice) des personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale, résulte naturellement du recrutement de ce groupe comportant pour l'essentiel les malades atteints d'affection de longue durée.

On peut souligner le moins bon état de santé, tant en valeur qu'en indice, des personnes déclarant ne pas disposer d'une couverture complémentaire maladie (indice à 1,14 pour le risque vital et à 1,15 pour l'invalidité). Ceci est bien entendu à mettre en relation avec les caractéristiques socio-économiques de cette population : forte proportion de personnes exonérées du ticket modérateur, de chômeurs, d'ouvriers non qualifiés, ...

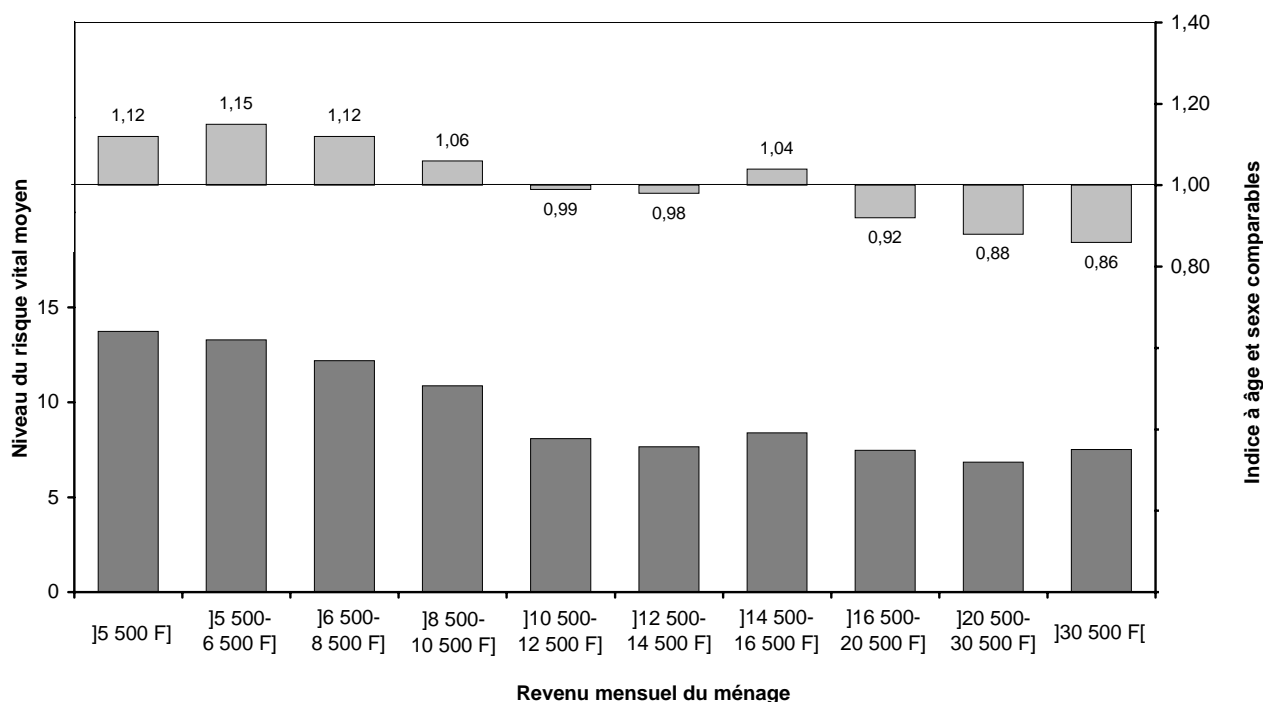
Les personnes protégées par la MSA (âge moyen 47 ans) sont celles qui présentent le plus mauvais état de santé, 12,6 pour le risque vital et 11,4 pour l'invalidité. Cependant puisque ce sont en moyenne les personnes les plus âgées, le redressement par âge et sexe leur attribue des indices légèrement inférieurs à la moyenne. Les personnes bénéficiaires de la CANAM (âge moyen 46 ans) sont également plus âgées que celles protégées par le Régime général (âge moyen 35 ans). Leur risque vital et leur invalidité sont relativement élevés, 12,3 et 10,1, mais après redressement par âge et sexe, ils sont également un peu plus faibles que la moyenne.

Revenu du ménage et état de santé sont fortement corrélés

En dehors des variables directement liées à la morbidité (exonération du ticket modérateur, autres inactifs), le lien entre revenu du ménage et morbidité est l'un des plus forts. En effet, plus le revenu du ménage est élevé, plus les indicateurs d'état de santé sont bons. Pour les personnes vivant dans des ménages dont le revenu total est inférieurs à 10 500 francs par mois, le risque vital moyen se situe entre 10,9 et 13,5 et l'invalidité moyenne entre 9,4 et 12,1. Pour les revenus situés au dessus de 10 500 francs ces indicateurs varient respectivement de 6,8 à 8,4 et de 6,8 à 7,2. Comme on peut le constater ces variations sont très importantes. Cet effet est en partie dû à l'âge plus élevé des personnes vivant dans des ménages à faible revenu, mais après correction de l'effet de l'âge et du sexe, les différences restent tout de même importantes comme le montrent les graphiques 43 et 44.

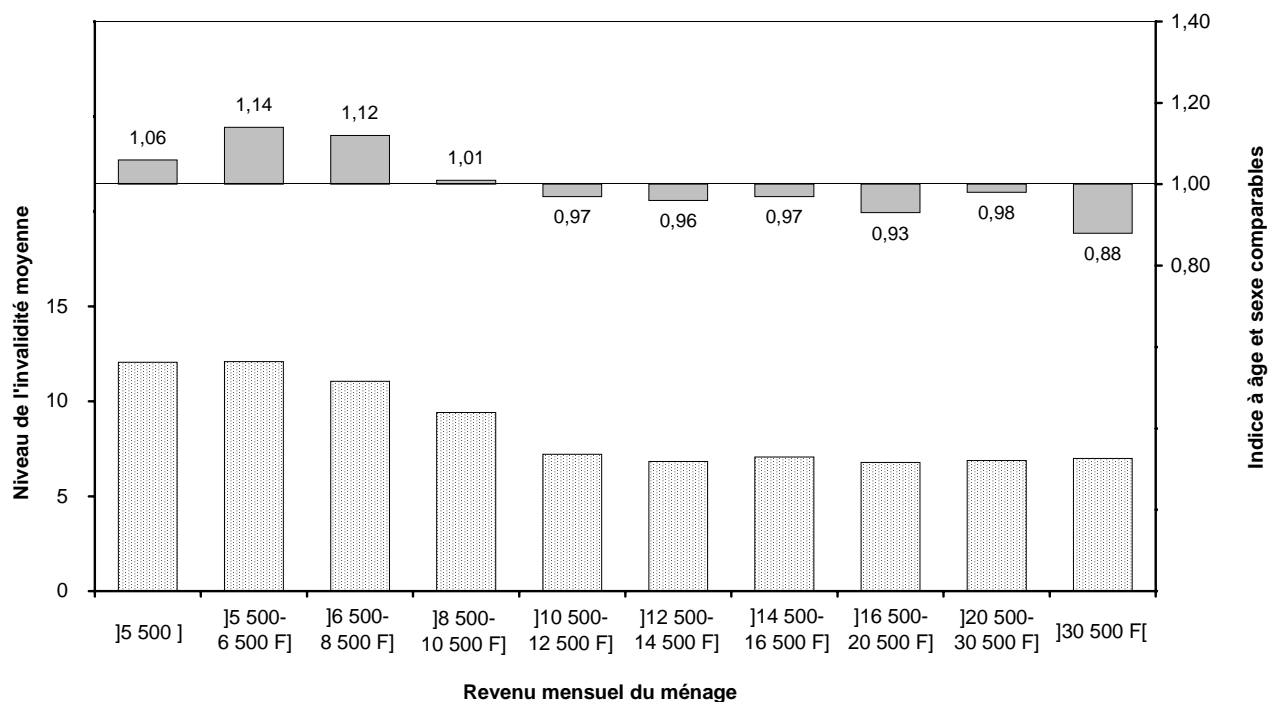
Graphique 43

Niveau du risque vital moyen et indice à âge et sexe comparables en fonction du revenu mensuel du ménage
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 44
Niveau de l'invalidité moyenne et indice à âge et sexe comparables en fonction du revenu mensuel du ménage
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le lien du revenu par unité de consommation (UC) avec les indicateurs de morbidité est moins important que celui du revenu du ménage. Toutefois, à âge et sexe comparables, les personnes disposant des revenus par UC les plus élevés (plus de 8 500 francs par UC et par mois) ont effectivement le meilleur état de santé. A l'opposé, les personnes ayant les plus faibles revenus (moins de 3 500 francs par UC et par mois) ont un état de santé moins bon que la moyenne. Cependant, les personnes dont l'état de santé est le moins bon, tant en valeur observée qu'en indices à âge et sexe comparables, se trouvent dans la tranche de revenu immédiatement supérieure, 3 500 à 4 500 francs par UC et par mois. Le risque vital comme l'invalidité sont tous les deux nettement moins bon que la moyenne (indices respectifs de 1,16 et 1,13).

2.4. L'indicateur de santé perçue

On demande à chaque personne enquêtée de noter son état de santé entre 0 et 10, la note 0 correspondant à une très mauvaise santé et 10 à une excellente santé.

L'exploitation de cet indicateur a été réalisée sur les adultes de plus de 15 ans pour lesquels on considère que la note a été effectivement évaluée par l'enquêté lui-même. En dessous de cet âge, la probabilité que le questionnaire soit rempli par les parents est très forte.

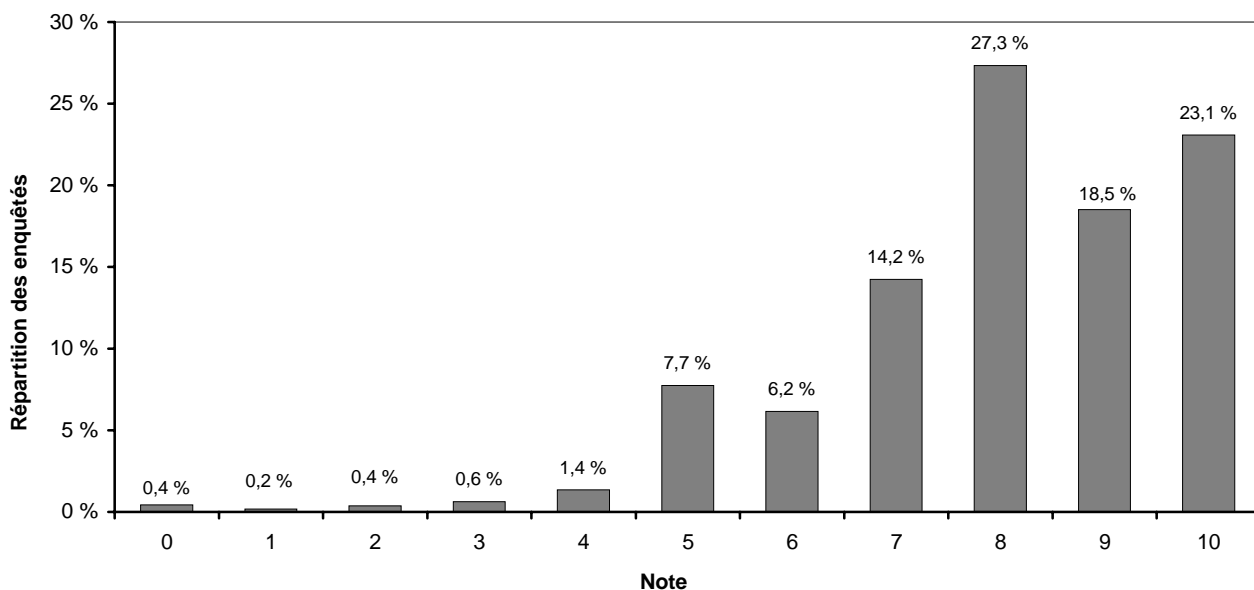
Moins de 3 % des personnes de plus de 15 ans se notent en dessous de 5. A l'opposé, plus de 23 % d'entre eux estiment leur état de santé excellent (note à 10) et 46 % s'estiment en bonne santé et se notent entre 8 et 9 (cf. graphique 45 et Rapport annexe tableau 49).

Comme on peut le constater, la note moyenne tout comme la médiane⁵⁶ et le mode⁵⁷ sont à 8.

⁵⁶ Valeur d'une variable qui partage en deux effectifs égaux les observations.

⁵⁷ Valeur de la variable qui se rencontre le plus souvent.

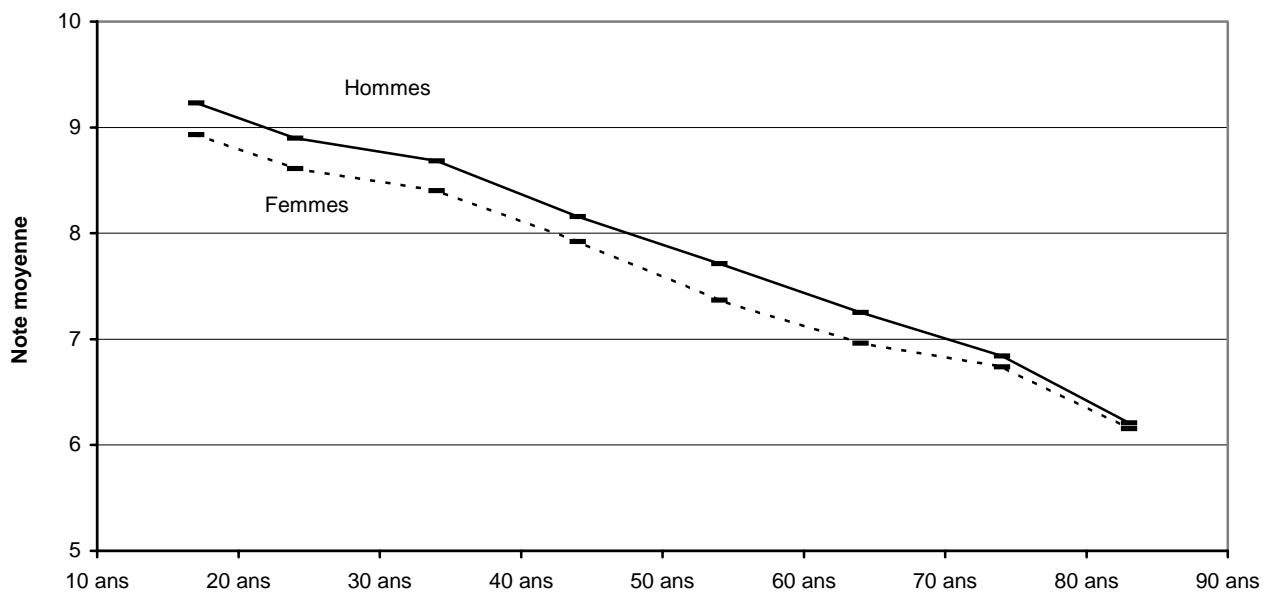
Graphique 45
Distribution de l'indicateur de santé perçue pour les 16 ans et plus
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La note moyenne diminue avec l'âge : elle passe de 8,7 pour les 16-39 ans à 7,7 pour les 40-64 ans et à 6,7 pour les personnes plus âgées.

Graphique 46
Moyenne de l'indicateur de santé perçue
en fonction de l'âge et du sexe pour les 16 ans et plus
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Les femmes se notent en moyenne légèrement moins bien que les hommes : 7,8 contre 8,2 ; cet écart en faveur des hommes existe à tous les âges (cf. graphique 46 et Rapport annexe tableau 50).

A âge et sexe comparables, les écarts de notation sont très faibles entre les différentes modalités de la plupart des variables. Toutefois, ces écarts sont toujours en défaveur des personnes les plus précaires.

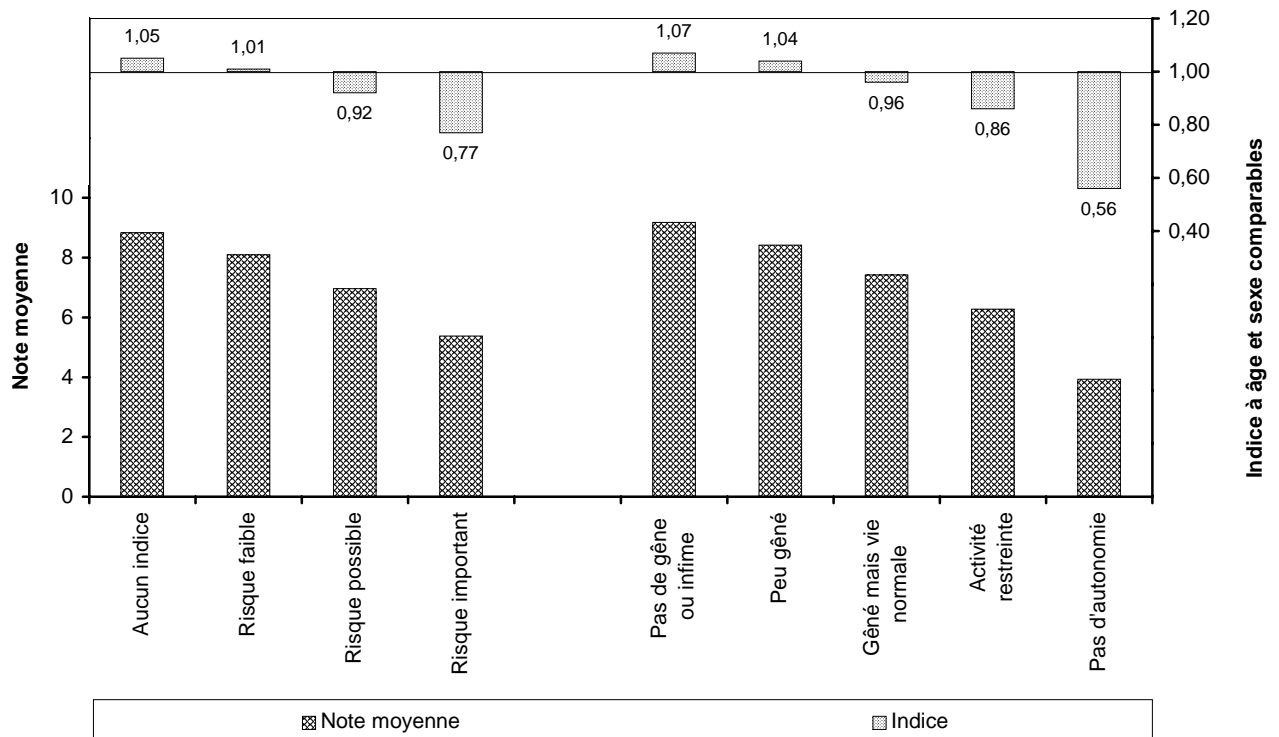
Ainsi, les chômeurs s'attribuent une note légèrement inférieure aux actifs (indice 0,96) tout comme les personnes vivant dans un milieu d'ouvrier non spécialisé (indice 0,94 alors que l'indice est de 1,04 dans les milieux de cadres), les personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 4 500 francs (indice 0,96 versus 1,02 pour les revenus de plus de 8500 francs), les personnes vivant dans des familles monoparentales (indice 0,97) et les personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie (indice 0,96). Par contre, les personnes exonérées du ticket modérateur pour motif médical (la plupart pour affection de longue durée) se notent 2 points plus bas que les personnes non exonérées : 6,3 contre 8,2 ; bien qu'à âge et sexe comparables cet écart se resserre les personnes exonérées conservent un indice détérioré à 0,84. Autre variable influençant fortement l'indicateur de santé perçue, le niveau d'études ; à âge et sexe comparables, les personnes non scolarisées ont un indice situé à 0,87 alors que les personnes ayant suivi des études supérieures sont à 1,03.

Bien que les écarts soient moins importants, les bénéficiaires de la CMU et les personnes vivant du RMI se notent en moyenne 0,5 point en dessous des autres, 7,5 versus 8,0. Cet écart est conservé à âge et sexe comparables (indice 0,92 versus 1,00).

Indicateur de santé perçue et indicateur de morbidité sont étroitement liés : plus le risque vital augmente et plus la note se dégrade ; elle passe de 8,8 pour les personnes n'ayant aucun risque sur le plan vital à 5,4 pour les personnes présentant un risque important sur le plan vital. Il en va de même pour le degré d'invalidité ; ainsi, les personnes n'ayant aucune gêne ou une gêne infime s'attribuent une note moyenne de 9,2, alors que celles n'ayant aucune autonomie se notent en moyenne à 3,9 (cf. graphique 47).

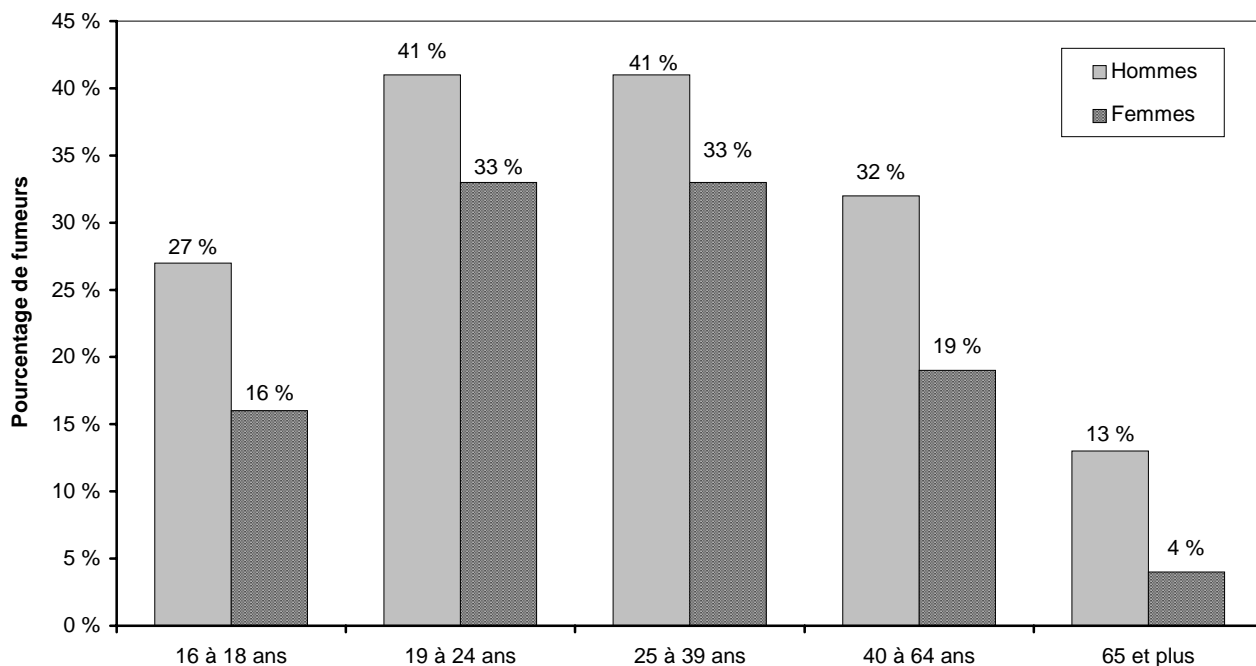
Au total, si cet indicateur subjectif de l'état de santé est fortement concentré autour des valeurs comprises entre 7 et 10, et de ce fait varie relativement peu en moyenne selon les modalités des diverses variables, il semble bien être tout à fait cohérent avec les autres observations faites sur l'état de santé et impliquant ces diverses variables.

Graphique 47
Moyenne de l'indicateur de santé perçue
en fonction du risque vital et du degré d'invalidité pour les 16 ans et plus
 France 2000



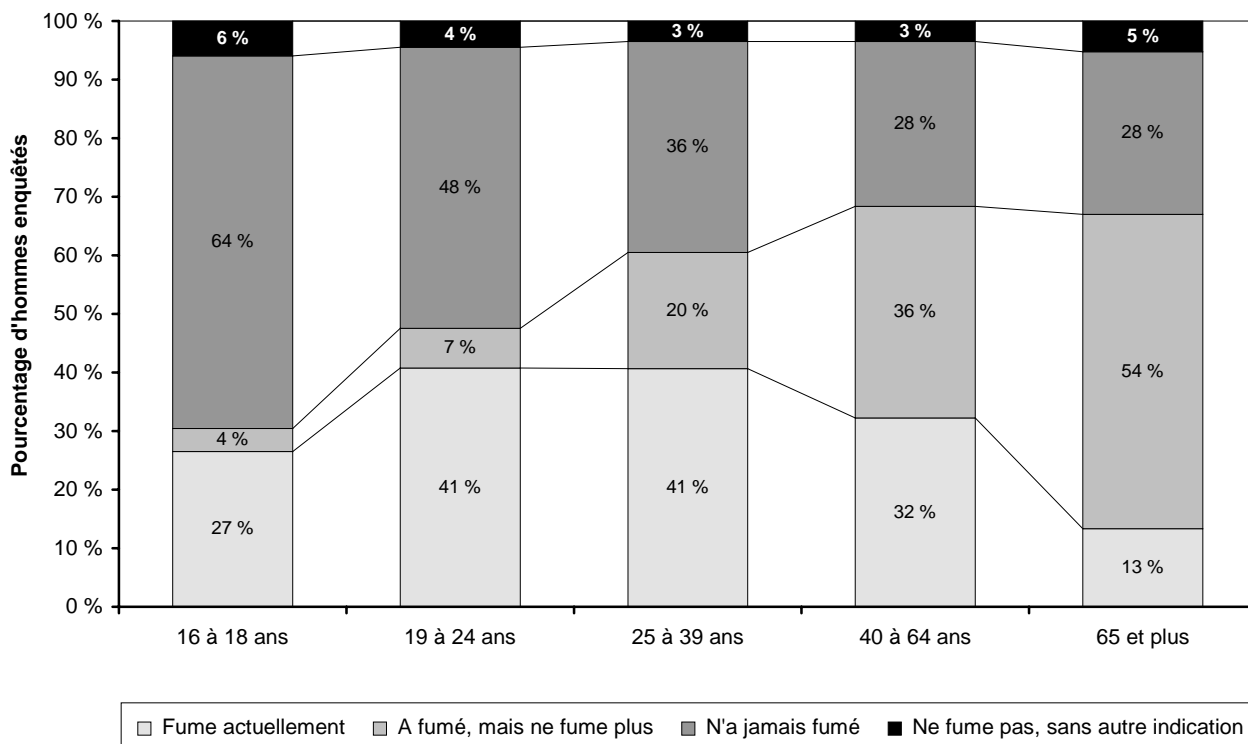
Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 48
Pourcentage de fumeurs par âge et sexe
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 49
Les différents comportements des hommes face au tabac
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

2.5. Le tabagisme

Presque 27 % des personnes de plus de 15 ans déclarent fumer, 45 % n'ont jamais fumé, 23 % ont fumé mais ne fument plus et 5 % disent ne pas fumer sans autre précision. Ces proportions varient selon l'âge et le sexe.

32 % des hommes et 21 % des femmes de plus de 15 ans fument de façon habituelle. Quelle que soit la tranche d'âge, les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes.

Le pourcentage de fumeurs est beaucoup plus élevé chez les " 19-24 ans " que chez les plus jeunes, puisqu'il est multiplié par 2 pour les femmes et par 1,5 pour les hommes⁵⁸. Le plus fort pourcentage de fumeurs se situe chez les hommes comme chez les femmes entre 19 et 39 ans, respectivement 41 % et 33 %. A partir de 40 ans, les taux baissent avec l'âge, mais de manière plus rapide chez les femmes.

Le pourcentage d'hommes n'ayant jamais fumé est de 48 % pour les 19-24 ans et de 36 % chez les 25-39 ans. Il se situe à 28 % pour les personnes de 40 ans et plus.

Quant au pourcentage d'hommes ayant cessé de fumer, de 5 % pour les moins de 25 ans, il passe à 20 % pour les 25-39 ans et à presque 54 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus (cf. graphique 49 et Rapport annexe tableau 51).

Autrement présenté, on peut dire que 80 % des hommes de 65 ans et plus, qui ont fumé à un moment ou l'autre de leur existence (fumeurs et anciens fumeurs), ont arrêté de fumer. Cette proportion qui est de 53 % chez les 40-64 ans passe à 33 % chez les 25-39 ans et diminue de manière importante chez les plus jeunes.

Chez les femmes, les différences entre générations sont plus marquées que chez les hommes. En effet, alors que les jeunes générations ont des habitudes relativement proche de celles des hommes, les femmes plus âgées sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé. Ainsi, les trois quarts des femmes de 65 ans et plus n'ont jamais fumé ; elles ne sont plus que 54 % dans ce cas entre 40 et 64 ans et 42 % entre 25 et 39 ans. Les femmes déclarant n'avoir jamais fumé représentent 54 % des femmes de 19 à 24 ans et plus des trois quarts des jeunes filles de 16 à 18 ans.

Toujours chez les femmes, le pourcentage de personnes ayant cessé de fumer au sein de la population féminine qui est de 3 % pour les plus jeunes, passe à 10 % pour les 19-24 ans, puis à 22 % pour les adultes de 25 à 64 ans. Il diminue ensuite puisque les habitudes tabagiques étaient beaucoup moins fréquentes pour les générations plus âgées (cf. graphique 50).

Chez les femmes de 65 ans et plus ayant consommé du tabac à un moment ou l'autre de leur vie, les trois quarts ont arrêté de fumer. Cette proportion qui concerne 52 % des femmes entre 40 et 64 ans, ne concerne que 40 % d'entre elles entre 25 à 39 ans, période pourtant souvent liée à la maternité.

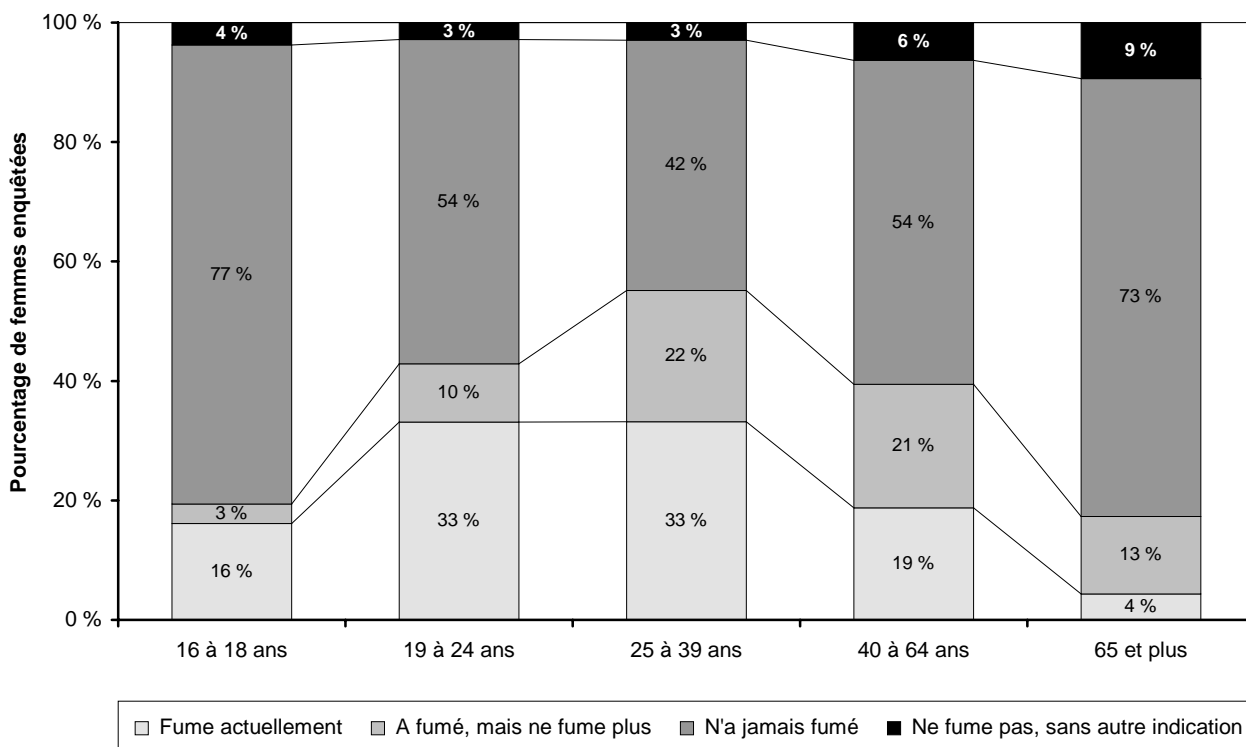
Un tabagisme important dans les milieux sociaux défavorisés

Parmi les plus de 15 ans, les taux de fumeurs les plus élevés s'observent dans les ménages d'employé de commerce et d'ouvrier qualifié ou non qualifié, plus de 31 % (cf. graphique 51). A l'opposé, les taux de fumeurs les moins élevés concernent les ménages d'agriculteur, 14 %, et ceux de cadre supérieur, 21 %. Cette hiérarchisation selon le milieu social se confirme à âge et sexe comparables, avec toutefois un niveau de fumeurs particulièrement élevé dans les ménages d'employé de commerce dont l'indice redressé est à 1,39 (cf. Rapport annexe tableau 52).

En termes de niveau d'études, les taux de fumeurs les plus élevés se rencontrent chez les personnes ayant un niveau correspondant au collège ou au lycée.

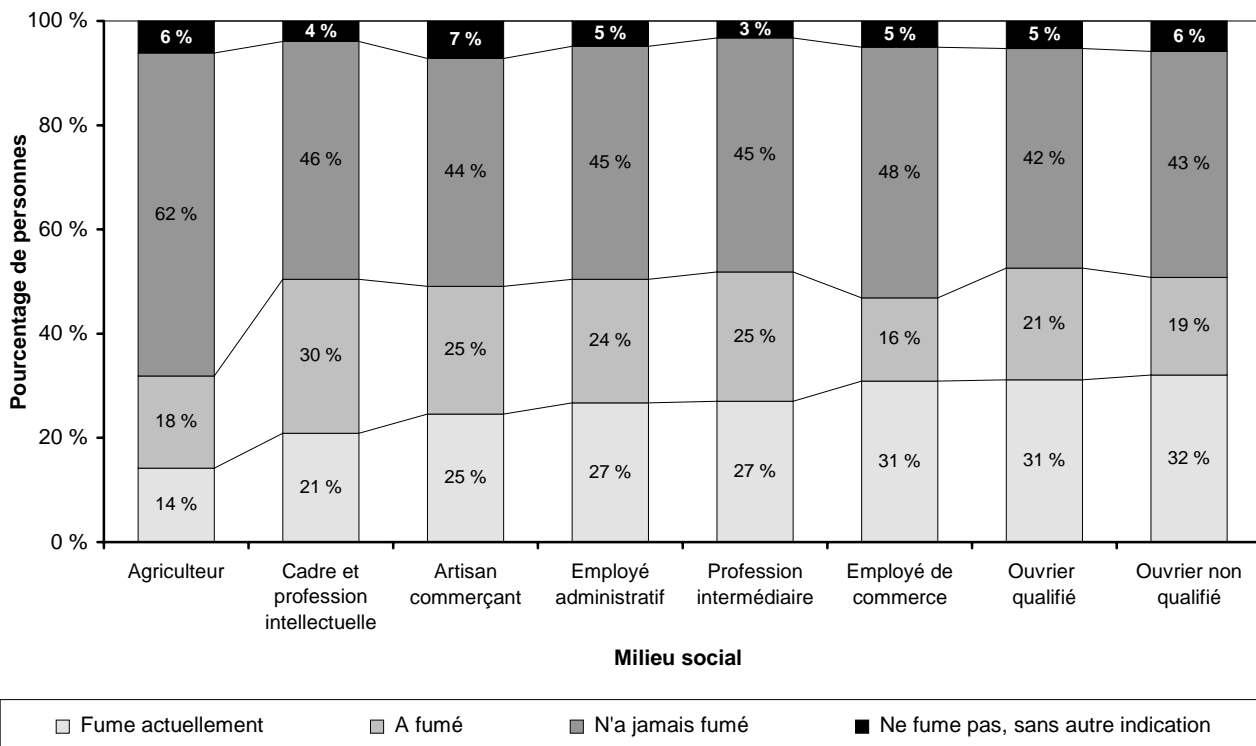
⁵⁸ *Il est probable qu'un certain nombre d'adolescents de 16 à 18 ans ne souhaitent pas déclarer qu'ils fument dans un questionnaire susceptible d'être vu par leurs parents. Le taux de fumeurs de cette tranche d'âge est donc certainement sous-évalué.*

Graphique 50
Les différents comportements des femmes face au tabac
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 51
Répartition des enquêtés en fonction de leur comportement face au tabac, selon leur milieu social
 Enquêtés de 16 ans et plus
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Parmi les personnes qui ont fumé à un moment de leur existence (fumeurs actuels et anciens fumeurs) 47 % ont arrêté de fumer. Cette proportion est notablement plus faible dans les ménages d'employés de commerce et d'ouvrier non qualifié, respectivement 34 et 37 %.

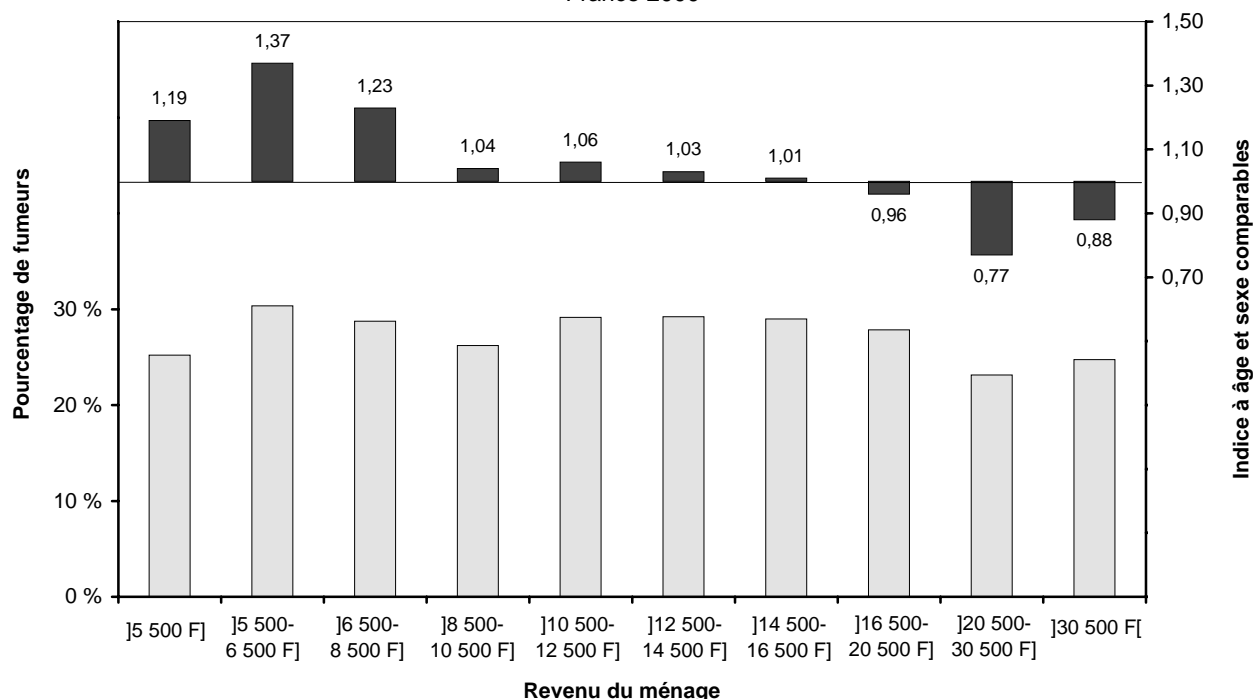
Il est intéressant de noter que la proportion de personnes n'ayant jamais fumé est relativement proche quelque soit le milieu social, entre 42 et 48 %. Font exceptions les personnes vivant dans les ménages d'agriculteur qui sont 62 % à n'avoir jamais fumé.

Le taux de fumeurs dépend également de l'occupation de l'individu. Ainsi, si 33 % des actifs occupés fument, cette proportion passe à 42 % parmi les chômeurs. Les actifs étant un peu plus âgés que les chômeurs, cette différence s'accroît à âge et sexe comparables (indices de 0,96 et de 1,43). Les bénéficiaires de la CMU comportent 50 % de fumeurs de plus que les non bénéficiaires (indices 0,98 et 1,54). L'écart entre les comportements tabagiques des bénéficiaires du RMI et non bénéficiaires est encore plus marqué, tant en valeur qu'en indice ; en effet, 44 % des RMIstes fument versus 26 %.

Au sein des familles monoparentales le taux de fumeurs est également très élevé, 42 %, alors qu'il est de 31 % parmi les couples avec enfants.

Les revenus comme le taux de fumeurs étant fortement influencés par l'âge (nombreuses personnes âgées parmi les faibles revenus et faible taux de fumeurs parmi les personnes âgées), l'analyse de ce taux en fonction de cette variable implique d'éliminer l'influence de l'âge mais aussi du sexe (moindre consommation des femmes). Comme le montre le graphique 52 on observe une diminution importante du comportement tabagique au fur et à mesure de la croissance du revenu⁵⁹, les taux les plus élevés et les plus faibles se situant aux deux extrémités de l'échelle de revenus.

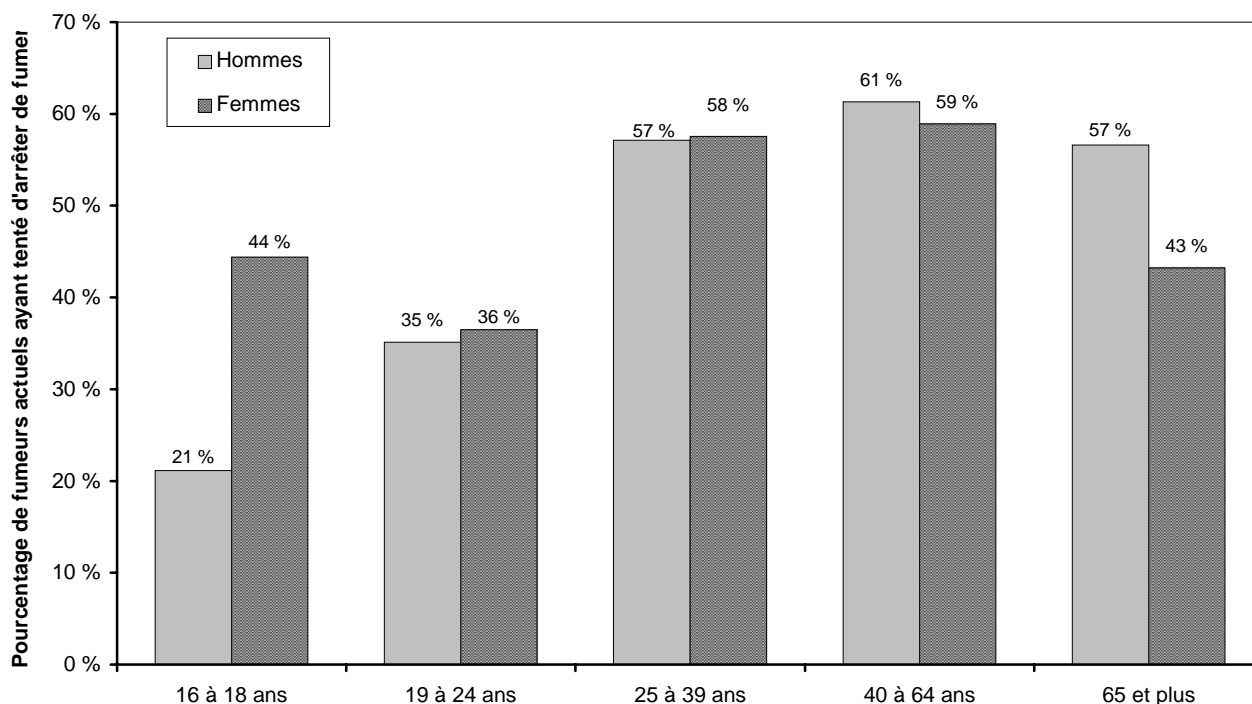
Graphique 52
Taux de fumeurs chez les plus de 15 ans
et indices à âge et sexe comparables, selon le revenu mensuel du ménage
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

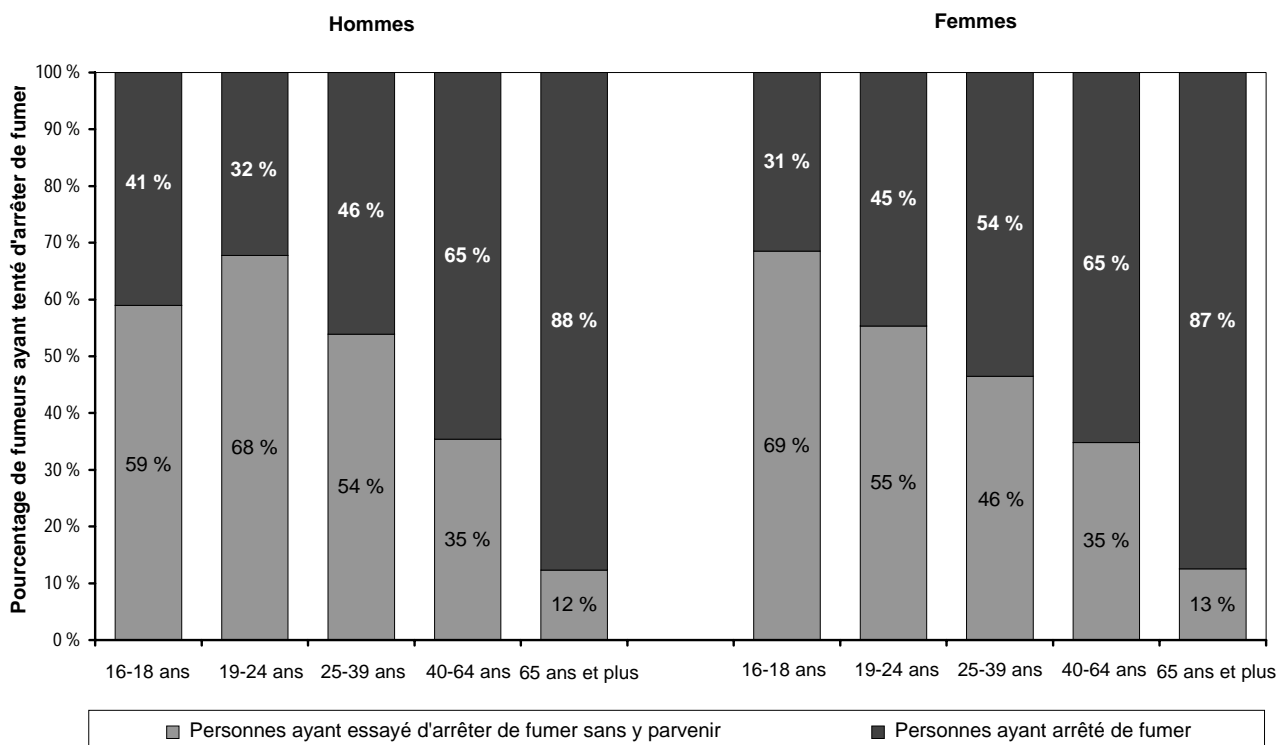
⁵⁹ Le taux de fumeurs en fonction du revenu par unité de consommation ne varie pas de manière aussi nette que pour le revenu du ménage. Cependant, le taux le plus élevé concerne les personnes ayant les plus faibles revenus par UC, et le taux le plus faible les personnes dont les revenus par UC sont les plus élevés.

Graphique 53
Pourcentage de fumeurs actuels ayant tenté d'arrêter de fumer à un moment de leur existence
en fonction de l'âge et du sexe
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 54
Pourcentages d'échec et de réussite parmi les personnes ayant tenté d'arrêter de fumer,
en fonction de l'âge et du sexe



Source : CREDES-ESPS 2000

Plus de la moitié des fumeurs ont tenté à un moment ou l'autre de leur existence d'arrêter de fumer

54 % des fumeurs actuels ont déjà essayé d'arrêter de fumer mais n'ont pas réussi. Ce chiffre traduit bien entendu leur dépendance au tabac, mais aussi le potentiel de personnes qui continuent à fumer alors qu'à un moment de leur vie elles auraient souhaité s'arrêter. Cette proportion qui tend naturellement à augmenter avec l'âge, est pratiquement identique chez les hommes et les femmes entre 19 et 64 ans.

Parmi les modalités des variables pour lesquelles on retrouve un fort taux de fumeurs, la proportion de fumeurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer varie énormément. Ainsi, à âge et sexe comparables le pourcentage de personnes ayant tenté un arrêt du tabac est plus élevé qu'en moyenne dans les ménages d'employé administratif, d'ouvrier non qualifié, dans les familles monoparentales et chez les personnes disposant de revenus intermédiaires. A l'inverse, ce pourcentage est plus faible qu'en moyenne chez les chômeurs (indice 0,77), les bénéficiaires du RMI (indice 0,74) et de la CMU (indice 0,69). On notera que seules 6 personnes sur 10 qui fument actuellement et qui s'estiment elles-mêmes en mauvaise santé, déclarent avoir un jour ou l'autre essayé d'arrêter le tabac (cf. graphique 53).

Autrement présentés ces résultats mettent en évidence une plus grande propension à assumer son tabagisme parmi certaines catégories de fumeurs. Ainsi en est-il comme on l'a vu ci-dessus des chômeurs et des RMIstes mais aussi des agriculteurs ou des artisans commerçants (indices 0,72 et 0,85), des personnes d'un niveau scolaire inférieur au collège (indice 0,83), des personnes disposant des revenus les plus faibles et les plus élevés et des personnes en très bonne santé.

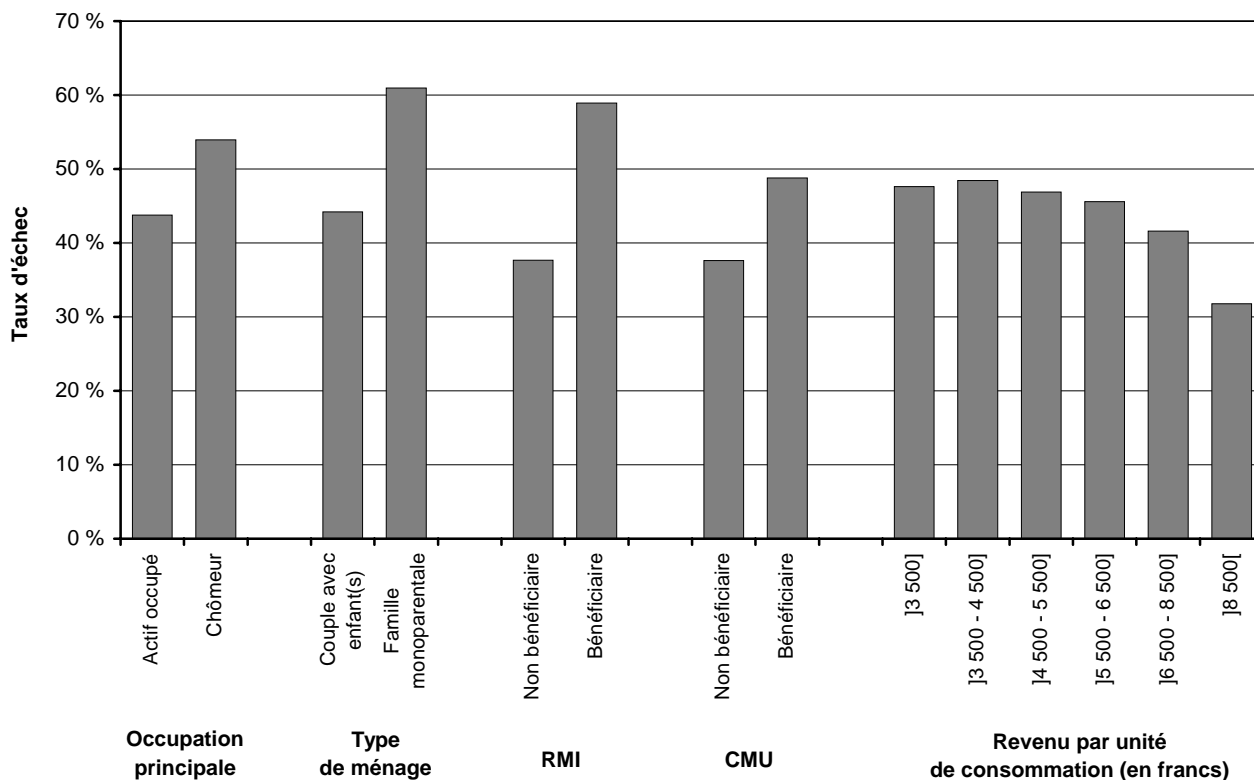
Il est également possible de calculer un taux d'échec parmi les personnes ayant, soit tenté d'arrêter de fumer sans y parvenir, soit réussi à s'arrêter.

38 % de ces personnes n'ont pas réussi à s'arrêter de fumer. Ces échecs sont en proportion équivalente chez les hommes et les femmes, respectivement 37 % et 39 %. Naturellement, les taux d'échec sont plus fréquents chez les jeunes, mais ils ont certainement effectué moins de tentatives d'arrêt que les plus âgés (cf. graphique 54).

Le taux d'échec est également lié aux variables socio-économiques. Une vie difficile, des problèmes familiaux ou financiers ne facilitent pas l'arrêt du tabac. Ainsi, le taux d'échec parmi les chômeurs est de 54 % alors que celui des actifs occupés est de 44 %. La moitié des employés de commerce et des ouvriers non qualifiés ont échoué dans leur tentatives. Les taux d'échec les plus élevés, 60 %, s'observent dans les familles monoparentales et chez les bénéficiaires du RMI. Les bénéficiaires de la CMU tout comme ceux qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie sont 48 % à avoir échoué dans leurs tentatives d'arrêt du tabac (cf. graphique 55 et Rapport annexe tableau 53).

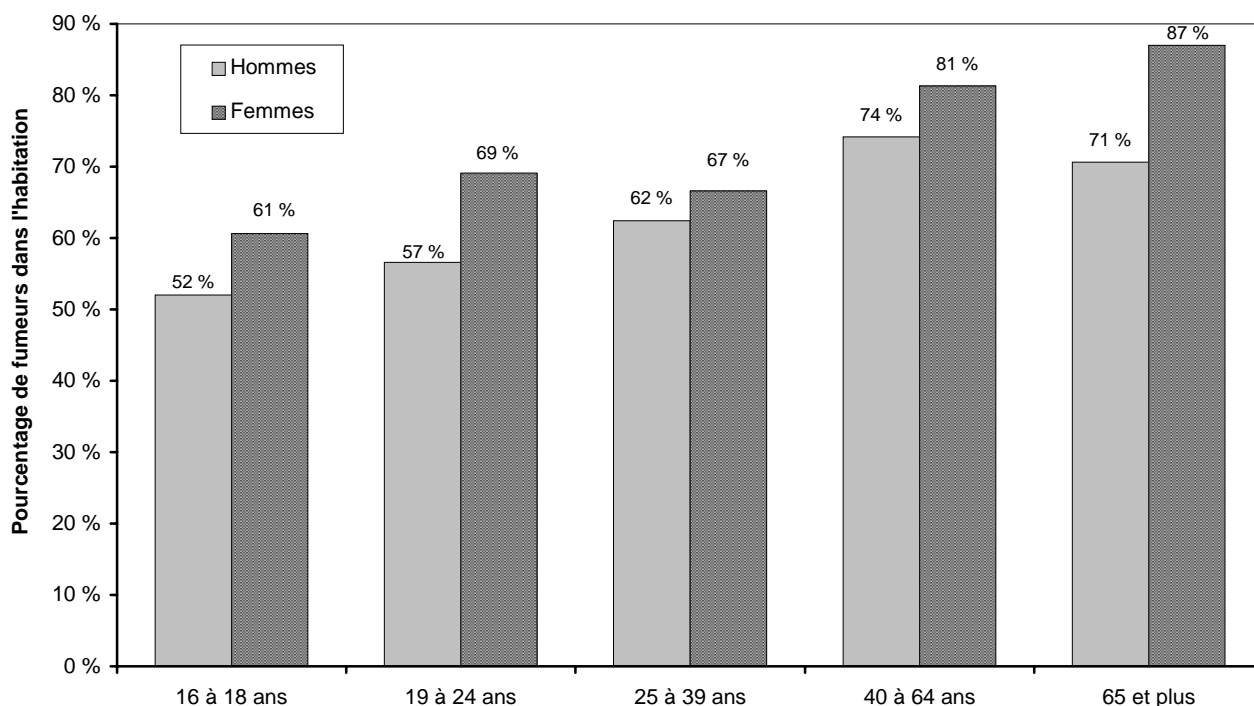
Une fois de plus, ce sont les plus vulnérables qui échouent le plus souvent. Ces populations, chez lesquelles s'associent fréquemment diverses difficultés, ne sont probablement pas dans un contexte psychologique favorable à un arrêt du tabac. Ce sont également les personnes qui consultent le moins, donc celles qui auront le plus de difficultés à se rendre dans des centres spécialisés susceptibles de les aider, même si ceux-ci sont gratuits. Par ailleurs, il leur est probablement difficile d'envisager d'investir dans des médicaments traitant la dépendance à la nicotine (gommes à mâcher ou patchs). En effet, ces produits sont onéreux et non remboursés par la Sécurité sociale ou les complémentaires maladie, ce qui signifie que le débours est total, et correspond donc à une somme très importante pour des budgets souvent très limités. Il n'est probablement pas identique de déboursier une telle somme en une seule fois que de déboursier la même somme en de multiples paiements correspondant à l'achat répété de cigarettes. Il est donc probable que ces populations ne soient pas sensibles à l'argument souvent avancé, consistant à comparer le coût mensuel de ces médicaments avec celui d'une consommation mensuelle de cigarettes.

Graphique 55
Pourcentage d'échec parmi les personnes ayant fait au moins une tentative d'arrêt du tabac
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 56
Pourcentage de fumeurs fumant dans leur habitation, en fonction de l'âge et du sexe
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

7 fumeurs sur 10 fument à l'intérieur de leur habitation

L'habitude de fumer à l'intérieur de son habitation augmente avec l'âge et elle est toujours plus importante chez les femmes que chez les hommes (cf. graphique 56).

Le pourcentage de fumeurs s'adonnant au tabagisme dans leur habitation est notablement plus élevé parmi les populations comportant une forte proportion de fumeurs : chômeurs (indice 1,73) ouvriers non qualifiés et employés de commerce (indices 1,52 et 1,43), niveau scolaire inférieur au collège (1,20), faibles revenus (indices situés entre 1,40 et 1,60), bénéficiaires du RMI (indice 6,13) et de la CMU (indice 3,62). Enfin, parmi les fumeurs s'estimant en mauvaise santé, nombreux sont ceux qui fument à l'intérieur de leur domicile.

Cette question sur le tabagisme dans l'habitation a été posée pour tenter de mesurer les conséquences du tabagisme passif sur l'état de santé déclaré, notamment chez les enfants. En effet, jusqu'à présent, ne disposant pas de cette information dans les enquêtes précédentes, on ne savait pas si les enfants étaient ou non directement exposés aux effets nocifs du tabac puisque les parents pouvaient très bien ne pas fumer devant eux. L'absence de différence entre la morbidité déclarée des enfants dont les parents fument, et celle dont les parents ne fument pas, pouvait donc s'expliquer par ce phénomène.

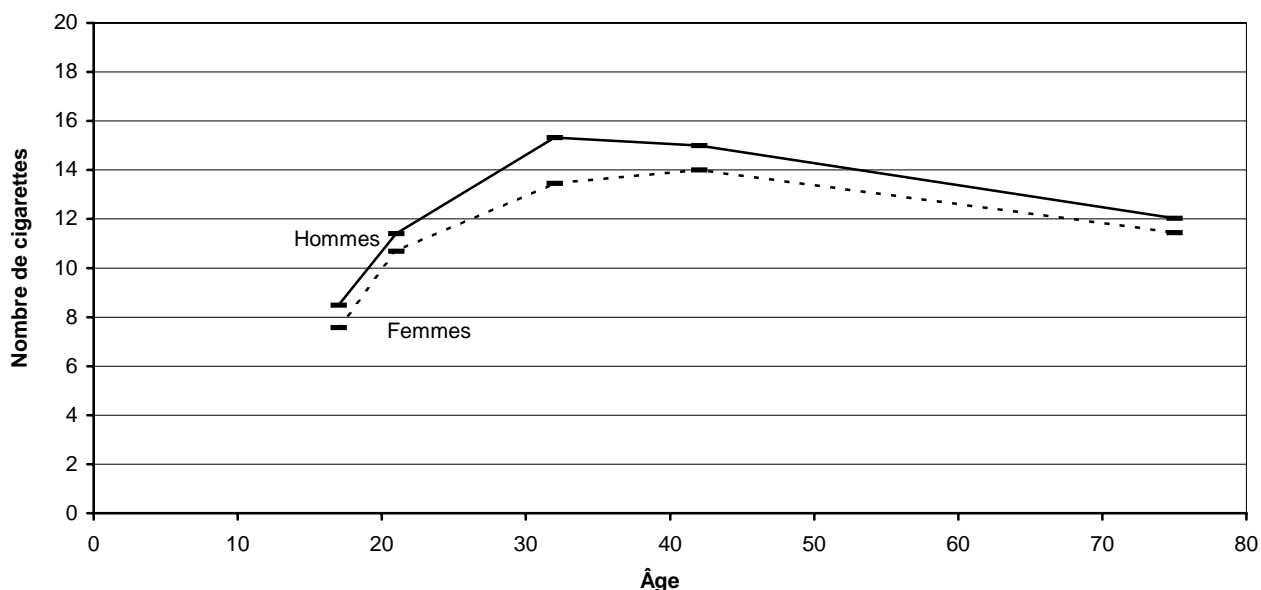
En 2000, nous avons analysé la morbidité déclarée des enfants en distinguant les enfants dont les parents fument dans l'habitation, ceux dont les parents fument hors de l'habitation, et ceux dont les parents ne fument pas.

En première analyse, les données ne mettent pas en évidence de différence entre la morbidité déclarée des trois groupes d'enfants. Mais cette première analyse s'appuie sur des effectifs relativement limités. Le cumul des données recueillies lors de l'enquête 2002 avec ceux de cette enquête 2000 permettra de doubler les effectifs observés. Par ailleurs, l'utilisation d'une analyse multi-variée permettra de prendre en compte simultanément d'autres variables susceptibles d'interagir sur la morbidité, tel par exemple un milieu social différent, un niveau d'études plus ou moins élevé, ...

Les plus défavorisés qui sont proportionnellement les plus nombreux à fumer sont aussi les plus gros consommateurs

En moyenne, un fumeur consomme presque 14 cigarettes par jour, 13 pour les femmes et 14 pour les hommes. Les fumeurs qui consomment le moins sont observés chez les plus jeunes, 8 cigarettes par jour pour les 16-18 ans et 11 pour les 19-24 ans. Les hommes, à âge comparable, fument davantage de cigarettes que les femmes. Toutefois, les différences ne sont pas considérables et donc l'imprégnation tabagique est proche chez les fumeurs, quel que soit le sexe (cf. graphique 57).

Graphique 57
Nombre de cigarettes par fumeur et par jour selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Notons que malheureusement la consommation journalière de cigarettes est globalement plus élevée dans les milieux comportant un fort taux de fumeurs, c'est-à-dire pour l'essentiel, parmi les plus défavorisés : employés de commerce, ouvriers, chômeurs, faibles revenus, RMIstes, bénéficiaires de la CMU. Elle est également plus élevée parmi les personnes qui s'estiment être en mauvaise santé.

Au total, les diverses variables étudiées montrent que le tabagisme sévit de manière particulièrement importante au sein des populations les moins favorisées, tant en terme de taux de fumeurs, qu'en terme de quantité de tabac consommée par personne. Ces personnes sont également celles qui fument le plus souvent dans leur habitation, et qui exposent donc leurs enfants et ou leur conjoint au tabagisme passif.

L'introduction de nouveaux questionnements sur le tabagisme a permis d'enrichir de manière notable les informations issues de l'enquête SPS, ce qui permet d'envisager des travaux plus approfondis sur le sujet.

3. Les recours au médecin

3. Les recours au médecin en 2000

3.1. Le taux de consommateurs

En un mois, le tiers des enquêtés déclare avoir eu recours au moins une fois à un médecin. Parmi l'ensemble des individus enquêtés, 6 % ont eu recours à la fois au généraliste et au spécialiste, 20 % n'ont eu recours qu'à un généraliste et 9 % qu'à un spécialiste au cours du mois d'étude. Réparti sur l'ensemble de la population enquêtée, le nombre moyen de séances déclaré par personne est de 0,55. Ce nombre est de 1,5 par personne si l'on ne considère que la population ayant eu recours au médecin.

Parmi les 26 % de personnes déclarant avoir eu recours au généraliste, 5 % ont été examinées au moins une fois à leur domicile, et 23 % au moins une fois dans un local professionnel (cf. Rapport annexe tableau 54).

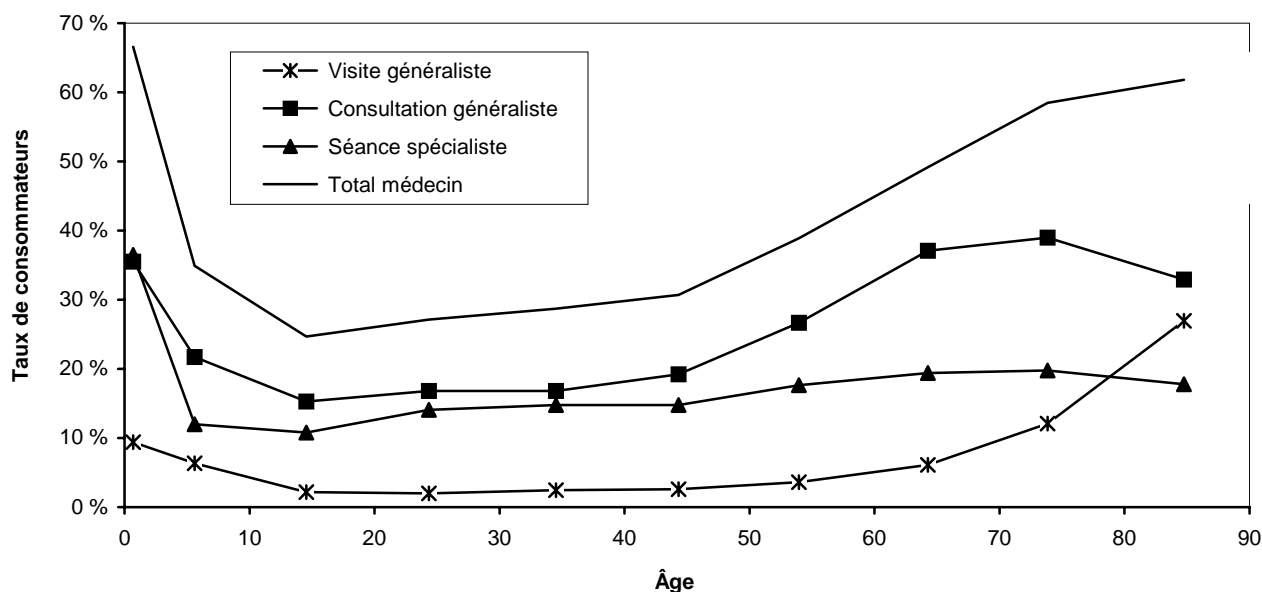
3.1.1. Le recours au médecin augmente avec l'âge à partir de 20 ans

L'évolution du taux de consommateurs de soins de médecin selon l'âge dessine une courbe en "J". Le recours à un médecin qui est élevé pour les nourrissons (0-2 ans), passe par un minimum pour les jeunes de 10 à 19 ans, puis augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à 80 ans et plus. Quel que soit l'âge, le taux de consommateurs de consultations de généraliste est supérieur aux autres types de recours (cf. graphique 58).

Les consultations du généraliste au domicile des patients (appelées visites) sont relativement rares entre 10 et 60 ans, moins de 4 % des personnes enquêtées ; elles progressent rapidement après 60 ans et concernent en un mois, 27 % des personnes les plus âgées. Au delà de 80 ans, seul le recours à ce type de soins continue d'augmenter, compensant une diminution des consultations au cabinet tant de généraliste que de spécialiste, due essentiellement aux difficultés des personnes âgées à se déplacer.

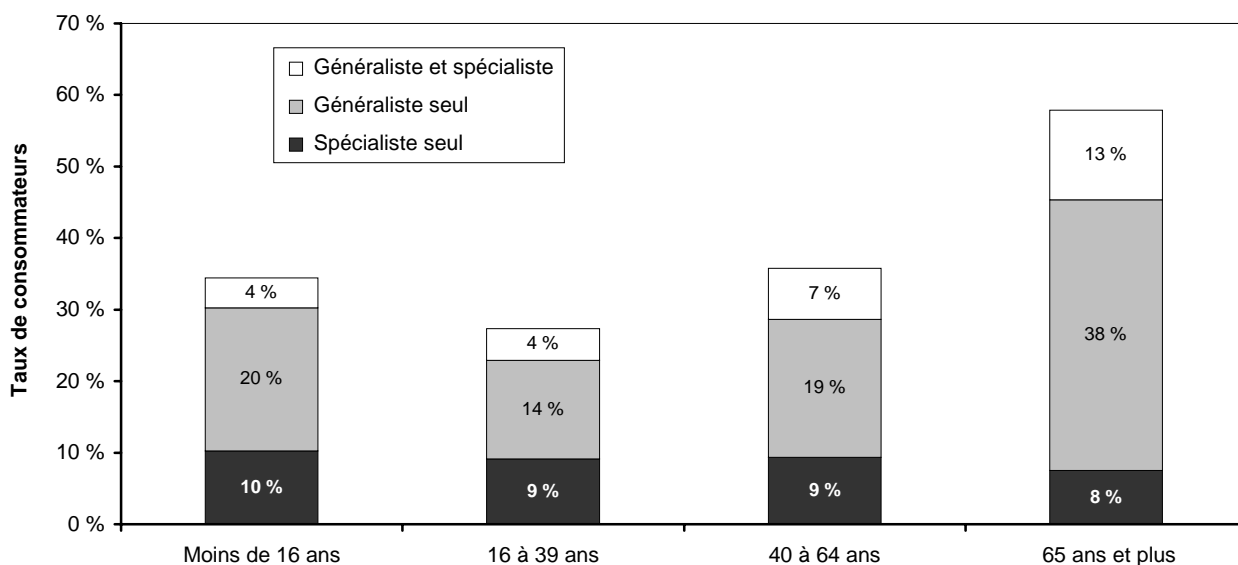
Par ailleurs, le taux de consommateurs de consultations de généraliste est voisin de celui des spécialistes pour les adultes de 20 à 49 ans ; l'écart entre ces deux taux se creuse à partir de 50 ans avec une forte progression du recours aux consultations de généraliste et une moindre augmentation du recours aux spécialistes.

Graphique 58
Pourcentage de consommateurs de soins de médecin,
en un mois, selon l'âge et la nature des séances
 France 2000



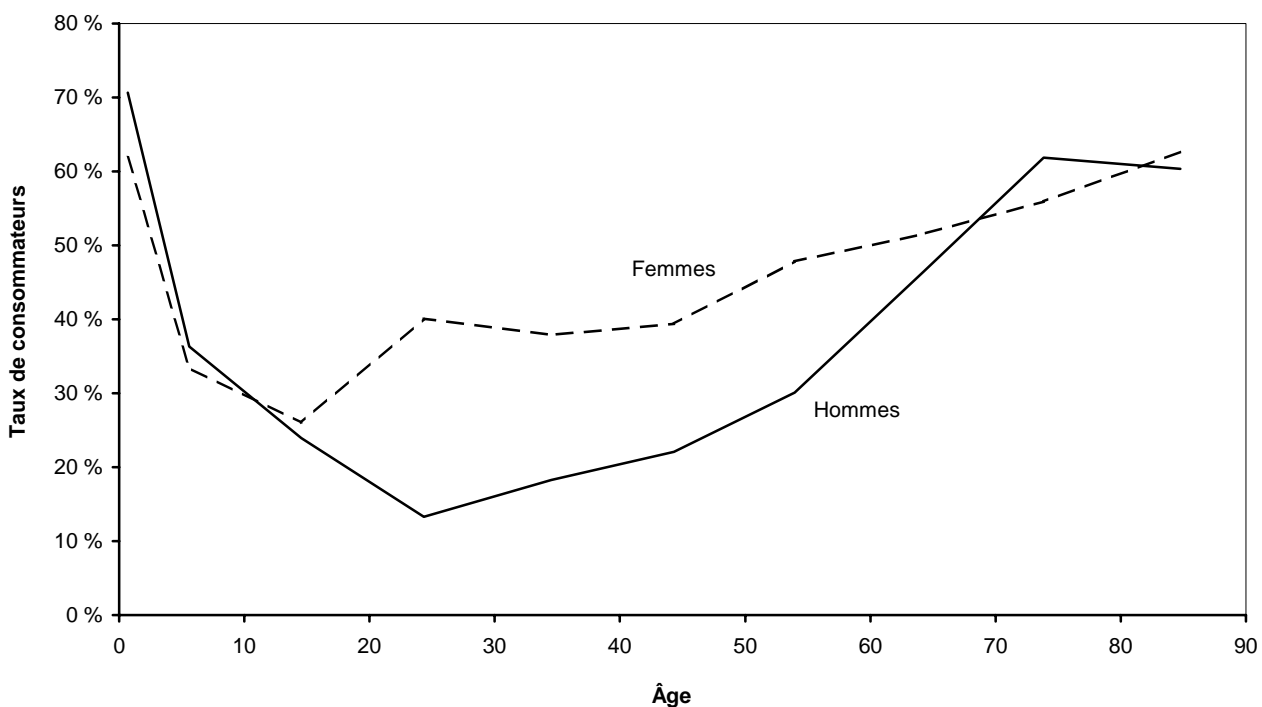
Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 59
Recours combiné au généraliste et au spécialiste selon l'âge
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 60
Pourcentage de consommateurs de séances de médecin en un mois
selon l'âge et le sexe
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le recours conjoint au généraliste et au spécialiste croît avec l'âge des enquêtés. En un mois, les individus âgés de 65 ans et plus déclarent trois fois plus souvent avoir eu au moins une séance de généraliste et une séance de spécialiste que les moins de 16 ans (13 % contre 4 %) (cf. graphique 59).

Les femmes ont plus souvent recours au médecin que les hommes. Globalement, 41 % d'entre elles ont été examinées au moins une fois par un médecin en un mois, 19 % par un spécialiste et 29 % par un médecin généraliste. Durant cette période d'enquête, 30 % des hommes ont eu recours à un médecin, 11 % à un spécialiste et 23 % à un généraliste. L'écart entre les hommes et les femmes est le plus important aux âges de la maternité, il disparaît aux âges avancés. Les garçons de moins de 10 ans sont un peu plus souvent soignés ou examinés par des médecins que les filles du même âge (cf. graphique 60).

3.1.2. Les ménages d'ouvrier et d'artisan-commerçant ont moins souvent recours au médecin que les autres catégories sociales

Le recours au médecin est lié au milieu social. En effet, les enquêtés appartenant à des ménages dont la catégorie sociale de la personne de référence (voir définition dans le glossaire en fin de volume) est artisan-commerçant ou ouvrier recourent moins souvent au médecin (moins de 33 %) que ceux des ménages de cadre, profession intermédiaire ou employé administratif (plus de 37 %).

Le milieu social ne semble pas jouer le même rôle selon la spécialité du médecin. La catégorie sociale de la personne de référence semble moins discriminante pour les séances de généraliste que pour celles de spécialiste. Néanmoins, le lien entre milieu social et recours au médecin peut très bien ne pas mettre en évidence l'impact effectif de ce milieu social, car les populations rattachées aux différentes catégories n'ont pas nécessairement la même composition par âge et par sexe. Par exemple, les membres des ménages d'agriculteur et d'artisan-commerçant sont en moyenne plus âgés, les employés sont souvent des femmes, etc., ce qui entraîne des recours plus fréquents au médecin. L'influence importante de l'âge et du sexe sur le niveau de consommation nous conduira donc souvent à corriger les niveaux observés de l'influence de ces deux facteurs ; on utilisera pour ce faire des indices à âge et sexe comparables.

C'est la catégorie sociale des artisans-commerçants qui fait le moins souvent appel au généraliste (24 %), suivie par celle des ouvriers. Après ajustement sur l'âge et le sexe, ce faible niveau de consommation en soins de généraliste persiste (indice à 0,79). Il s'explique principalement par un très faible recours aux consultations au cabinet du médecin et un recours aux visites du généraliste proche de la moyenne.

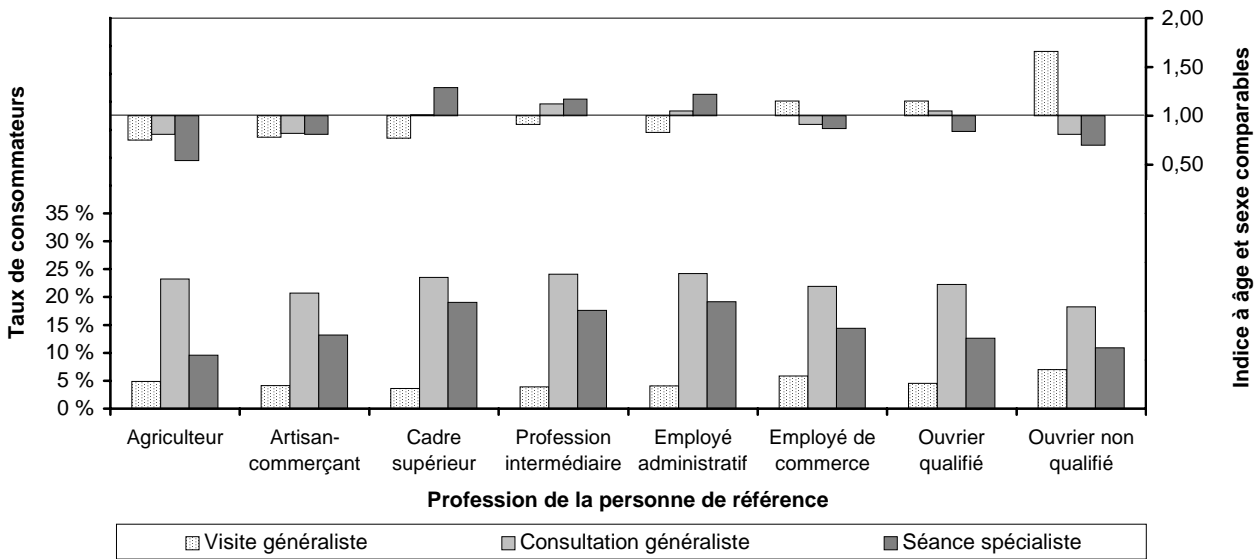
Toutefois, après ajustement sur l'âge et le sexe, les personnes vivant dans les ménages d'artisan-commerçant (qui sont relativement âgées) sont de très faibles consommateurs de visites de généralistes (indice à 0,78). A l'opposé, les visites de généraliste sont très fréquentes dans les ménages d'ouvrier non qualifié et dans une moindre mesure dans les ménages d'employé de commerce et d'ouvrier qualifié.

Le recours au spécialiste suit l'échelle sociale : 11 % des membres de ménage d'ouvrier ont recouru au moins à un spécialiste pour 19 % des ménages de cadre supérieur et d'employé administratif. A âge et sexe comparables, ces écarts persistent (cf. graphique 61).

Après ajustement sur l'âge et le sexe des enquêtés, il semble que l'occupation actuelle de l'individu n'ait pas d'influence sur le recours au médecin. Les taux de consommateurs des chômeurs et des actifs occupés sont proches tant pour les séances de généraliste que de spécialiste.

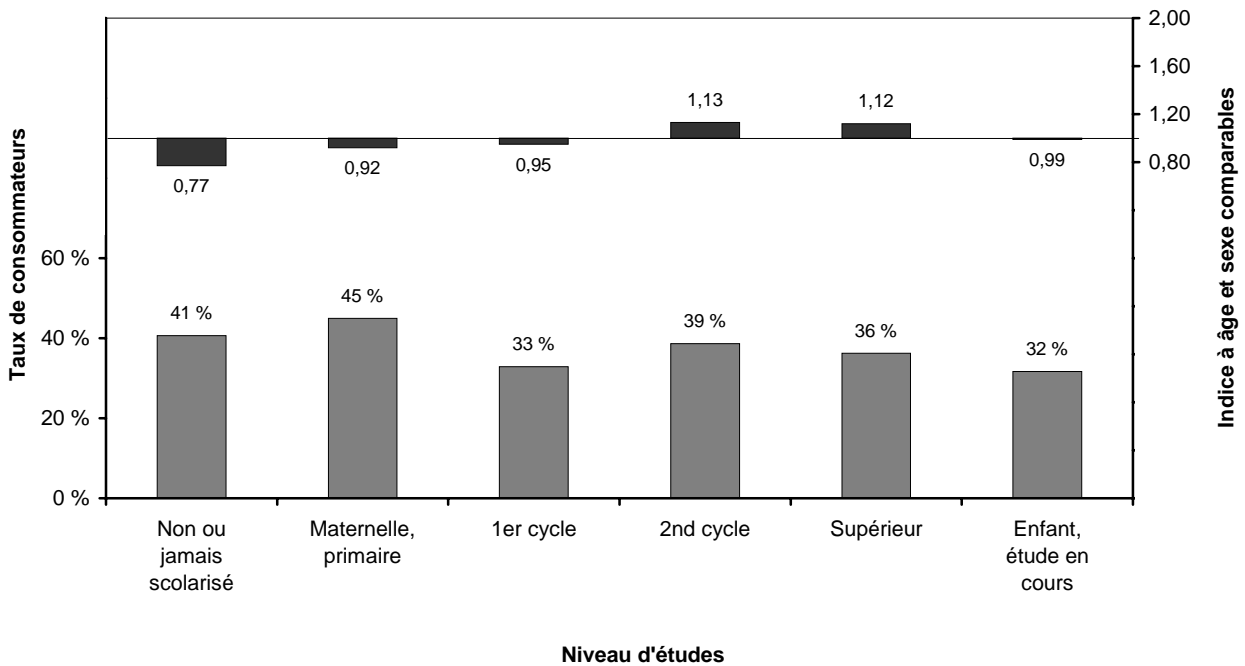
Après ajustement sur l'âge et le sexe, les taux de recours des personnes peu diplômées sont en fait les plus faibles. Cependant, du fait de leur âge, les enquêtés dont le niveau d'études est inférieur ou égal au primaire déclarent plus souvent voir le médecin que les enquêtés du supérieur (44 % versus 36 %) (cf. graphique 62).

Graphique 61
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon le milieu social et la nature des séances
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 62
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon le niveau d'études pour l'ensemble des médecins
 France 2000



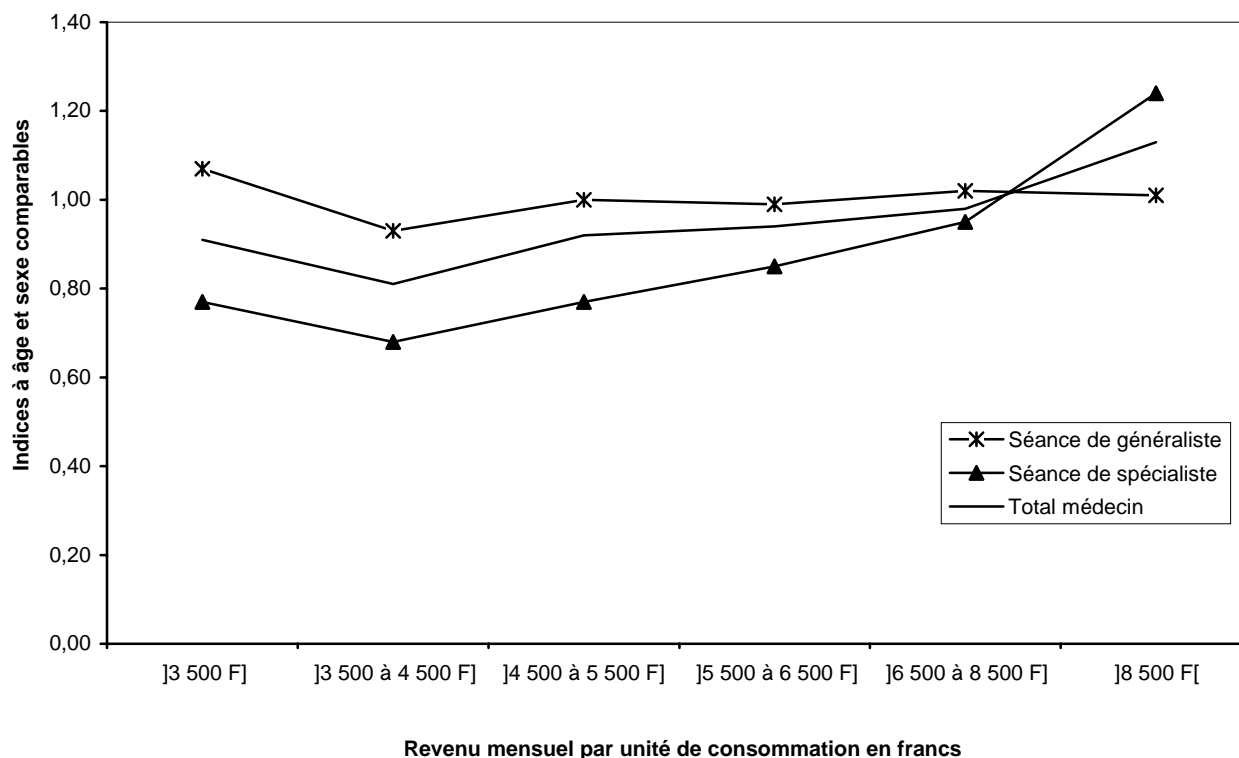
Source : CREDES-ESPS 2000

3.1.3. Le recours au spécialiste comme au généraliste augmente avec le revenu

Le revenu semble également lié au recours au médecin. Les personnes vivant dans des ménages qui disposent de plus de 8 500 francs par unité de consommation et par mois⁶⁰ ont une probabilité augmentée de 15 % de voir un médecin en un mois par rapport aux personnes vivant dans des ménages à moins de 3 500 francs par unité de consommation. Il ne s'agit pas là d'un effet lié à l'âge puisque cette différence s'accroît après ajustement sur l'âge et le sexe, plus 24 % (cf. graphique 63).

Si l'on s'intéresse au détail des séances, on constate que cette différence est essentiellement due aux séances de spécialiste. En effet, à âge et sexe comparables, l'indice de recours des personnes bénéficiant de plus de 8 500 francs par unité de consommation et par mois est de 1,24 contre 0,77 pour les personnes percevant moins de 3 500 francs.

Graphique 63
Indices à âge et sexe comparables du taux de recours au médecin
selon le revenu par unité de consommation
France 2000



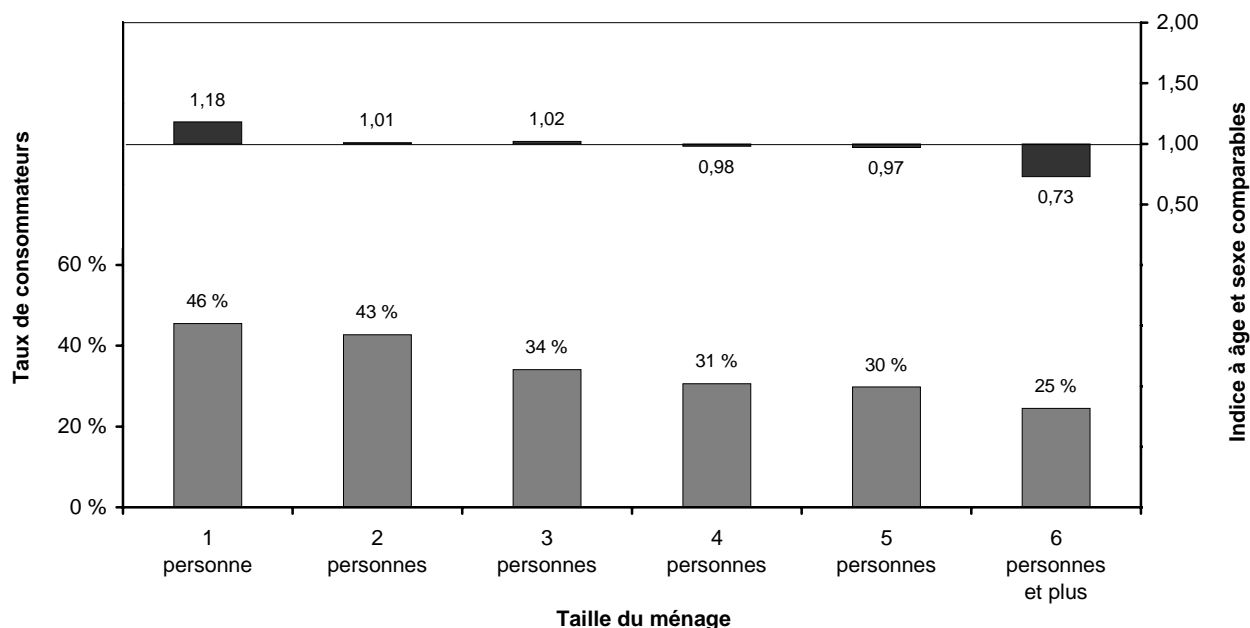
Source : CREDES-ESPS 2000

⁶⁰ Voir définition dans le glossaire.

3.1.4. Les ménages composés de 6 personnes et plus, ainsi que les familles monoparentales sont de faibles consommateurs de soins de médecin

Les personnes vivant dans des ménages de six personnes ont près de deux fois moins recours à un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, que les personnes vivant seules. Ceci est confirmé à structure d'âge et de sexe comparables (cf. graphique 64). Cette moindre consommation dans les ménages comportant six personnes ou plus s'observe chez les adultes comme chez les enfants.

Graphique 64
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon la taille du ménage pour l'ensemble des médecins
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Les familles monoparentales, qui représentent environ 6 % des ménages interrogés, ont moins souvent recours au médecin. Après ajustement sur l'âge et le sexe, leur recours demeure en dessous de la moyenne, l'indice pour les généralistes est égal à 0,82 et pour les spécialistes à 0,89.

De plus, les enfants issus de famille monoparentale ont, par rapport aux enfants élevés par un couple, un recours très inférieur au généraliste comme au spécialiste, qui persiste après ajustement sur l'âge et le sexe. Si le recours au spécialiste diffère peu chez les adultes de ces ménages, le recours au généraliste est notablement plus faible pour les adultes des familles monoparentales.

3.1.5. Les personnes sans couverture complémentaire maladie ont moins souvent recours au médecin

Les enquêtés protégés par la MSA⁶¹ ont un très fort recours au généraliste (près de 30 %, contre 26 % chez les bénéficiaires du Régime général et 23 % chez les bénéficiaires de la CANAM⁶²) qui compense leur très faible recours au spécialiste (moins de 10 % pour une moyenne de 15 %). Mais cela est lié à un âge moyen élevé car, à âge et sexe comparables ils ont un faible taux de recours au généraliste, tout comme les bénéficiaires de la CANAM.

⁶¹ Mutualité Sociale Agricole.

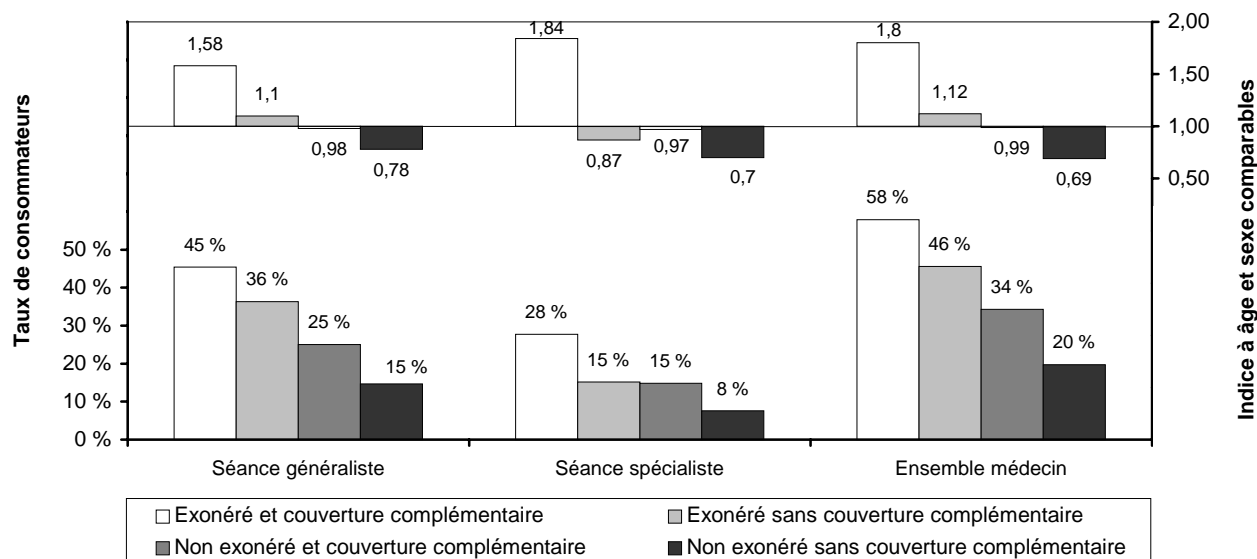
⁶² Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes.

Comme nous pouvions le supposer, les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale sont les plus gros consommateurs de séances de médecin (61 %). A âge et sexe comparables, ils ont un recours qui demeure deux fois plus important que celui des enquêtés non exonérés. Ce recours plus important au médecin s'observe aussi bien pour les séances de généraliste que pour les séances de spécialiste.

Les individus ne possédant pas de complémentaire maladie ont tendance à avoir moins souvent recours au médecin que les autres. En effet, moins du quart d'entre eux voient un médecin en un mois alors que ce taux dépasse les 36 % pour les personnes disposant d'une telle couverture (y compris les personnes bénéficiant de la CMU). Cette différence persiste après ajustement sur l'âge et le sexe, et s'observe tant pour les séances de généraliste que pour les séances de spécialiste.

Au sein même des personnes exonérées, la couverture complémentaire joue un rôle important sur le recours au médecin. En effet, les bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont un taux de consommateurs plus élevé que les exonérés sans complémentaire (58 % versus 46 %). L'écart est encore plus important chez les non exonérés, 34 % des enquêtés non exonérés et couverts par une complémentaire sont consommateurs d'au moins une séance de médecin au cours du mois d'enquête contre 20 % des non couverts. Après ajustement sur l'âge et le sexe, ces écarts persistent et sont peu différents selon le type de soins (cf. graphique 65).

Graphique 65
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon la nature des séances et le niveau de protection sociale
 France 2000



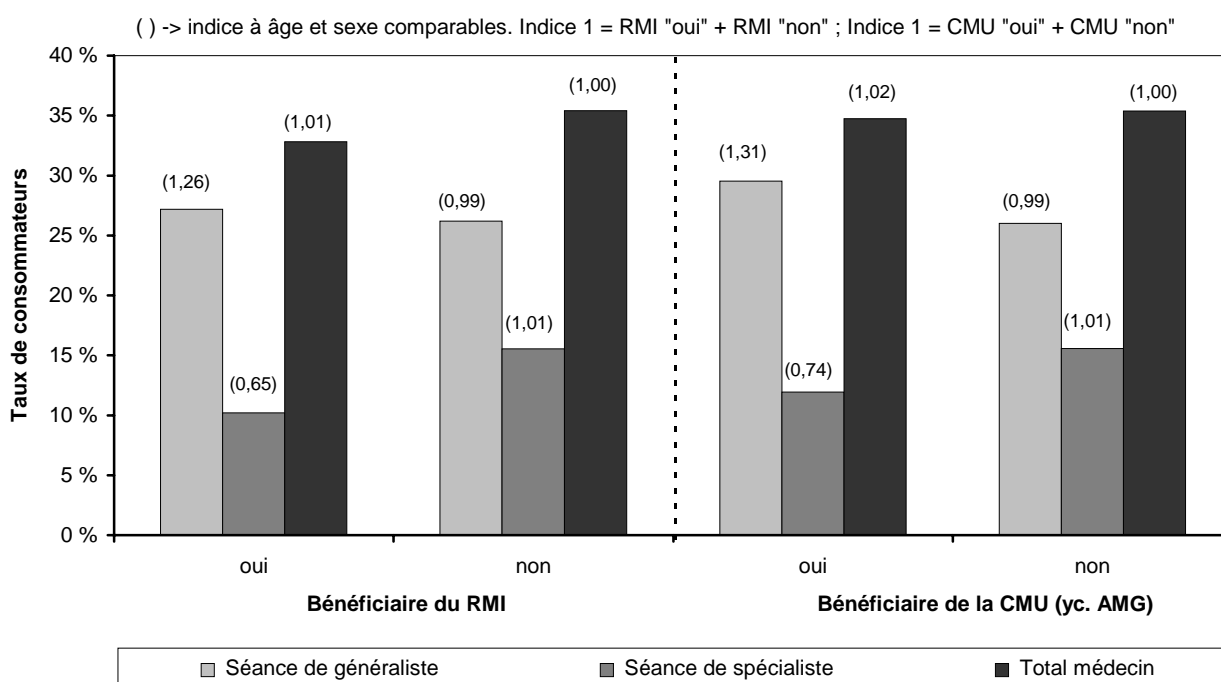
Source : CREDES-ESPS 2000

Au total, l'absence de couverture complémentaire limite le recours aux soins de médecin aussi bien chez les personnes exonérées que chez les non exonérées. Toutefois, l'exonération du ticket modérateur pour raison médicale permet, en l'absence de couverture complémentaire, de maintenir un recours relativement élevé aux soins de généraliste mais l'accès au spécialiste reste limité.

Par ailleurs, le nombre de couvertures complémentaires joue également un rôle important sur le niveau de recours au spécialiste. En effet, les personnes déclarant posséder plusieurs couvertures complémentaires ont un taux de recours au spécialiste plus important que ceux qui n'en possèdent qu'une (26 % contre 21 %). Ceci persiste après ajustement sur l'âge et le sexe avec respectivement un indice de 1,47 et 1,02.

Comme nous l'avons vu précédemment, depuis le 1^{er} janvier 2000, la Couverture maladie universelle (CMU) offre une couverture maladie complémentaire gratuite à près de 5 millions de personnes. Cette couverture maladie est accordée aux bénéficiaires de l'Aide médicale générale (AMG) et/ou du Revenu minimum d'insertion (RMI) ; elle est également accordée à de nouveaux demandeurs sous conditions de ressources, le seuil de la CMU étant plus élevé que celui de l'AMG. Ainsi, contrairement aux années précédentes où les bénéficiaires du RMI avaient moins souvent recours au médecin que les non bénéficiaires, il semblerait que les personnes déclarant en 2000 bénéficier du RMI ont un recours au médecin similaire aux non bénéficiaires. Néanmoins, si l'on s'intéresse au type de la séance, on observe que ces personnes privilégient le recours au généraliste, plutôt qu'au spécialiste (cf. graphique 66)

Graphique 66
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon l'accès au RMI et/ou à la CMU
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.1.6. Le recours au médecin augmente avec la détérioration de l'état de santé

La dégradation de l'état de santé entraîne un recours plus important au médecin et ce, quel que soit le type de séance et l'indicateur d'état de santé (risque vital, degré d'invalidité ou indicateur de santé perçue⁶³).

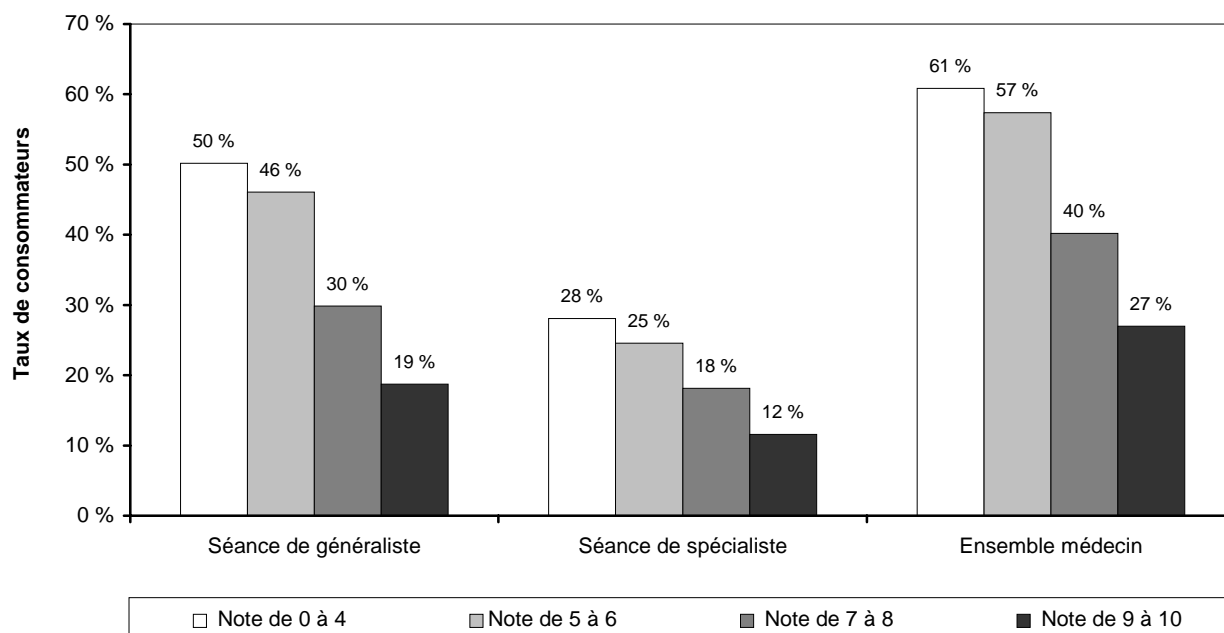
Le taux de consommateurs de séances de généraliste passe de 19 % pour les personnes n'ayant aucun risque sur le plan vital à 55 % pour les personnes ayant un risque vital important. Ces taux sont respectivement de 12 % et 30 % pour les séances de spécialiste.

Le recours au médecin augmente également avec le degré d'invalidité. Comme on pouvait s'y attendre, on observe pour les personnes n'ayant pas d'autonomie, une diminution importante du recours au généraliste au cabinet, compensée par un fort recours au généraliste à domicile.

⁶³ Annexe méthodologique C.3 p. 176 et chapitre Morbidité 2.4 p. 75.

Le troisième indicateur d'état de santé est l'indicateur de santé perçue. Il est demandé à chaque personne enquêtée de noter son état de santé entre 0 et 10. Les personnes s'attribuant une note basse sont celles qui recourent le plus souvent au médecin (cf. graphique 67).

Graphique 67
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,
selon la nature des séances et l'indicateur de santé perçue
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.1.7. Le taux de consommateurs de soins de médecin : les variables réellement discriminantes

Afin d'étudier les variables qui ont un effet propre sur le recours ou le non recours au médecin, nous avons procédé à une régression logistique. Cette méthode permet d'éliminer sur la variable étudiée les effets dus aux autres variables elles-mêmes liées au phénomène analysé. Ainsi, nous pouvons retenir plusieurs variables ou facteurs de confusion et quantifier la relation entre le fait de recourir à un médecin et chacune des autres variables retenues, " toutes choses égales par ailleurs ", par la mesure des odds-ratio (OR).

Toutes choses égales par ailleurs, de nombreuses variables restent liées au fait de recourir au moins une fois à un médecin au cours des 30 jours d'observation :

- parmi les variables socio-économiques, les personnes qui recourent plus souvent à un médecin sont les femmes (OR=1,56) ;
- les personnes très jeunes (moins de 16 ans, OR=2,43) et les plus âgées (65 ans et plus, OR=1,62) ;
- les agriculteurs, tout comme les artisans-commerçants et les ouvriers non qualifiés recourent significativement moins souvent au médecin que les employés administratifs (OR < 0,80) ;
- à l'inverse, plus la personne est diplômée et plus elle recourt au médecin ;
- la structure du ménage influence le fait d'aller voir un médecin. En effet, les individus appartenant à un ménage de plus de 4 personnes recourent significativement moins au médecin que ceux appartenant à un ménage de deux personnes ;
- le niveau de protection sociale explique également le recours ou non à un médecin. Les personnes exonérées et protégées par une couverture complémentaire déclarent plus souvent recourir à un médecin (OR=1,42) ;

- le niveau d'état de santé reste, après ajustement sur les variables socio-économiques et de niveau de protection sociale, très significativement lié au fait de recourir à un médecin. On observe une augmentation progressive du recours au médecin avec l'augmentation du risque vital et de l'indicateur d'invalidité, ainsi qu'une détérioration de l'indicateur de santé perçue (cf. Rapport annexe tableau 55).

3.1.8. Quelles sont les femmes qui recourent à des soins préventifs ?

Les femmes socialement défavorisées sont les moins suivies sur le plan gynécologique

Seules 78 % des femmes ayant rempli le questionnaire sur la santé répondent à l'une des questions relatives à leur dernier examen gynécologique⁶⁴ (cf. Rapport annexe tableau 56). Si l'on ne peut pas en déduire pour autant de manière certaine que 22 % des femmes n'ont pas eu d'examen gynécologique, on constate que l'absence de réponse concerne essentiellement les femmes âgées de 70 ans et plus et les femmes ayant des conditions de vie difficiles. Ainsi à âge comparable, les femmes vivant dans un milieu d'ouvrier non qualifié répondent deux fois moins que celles vivant dans un milieu de cadre aux questions relatives à cet examen. Toujours à âge comparable, les taux de réponse sont beaucoup plus faibles que la moyenne pour les femmes d'un niveau scolaire inférieur au collège et pour celles dont le revenu par unité de consommation du ménage est parmi les plus faibles. Les femmes vivant dans les familles de cinq personnes et plus ou dans une famille monoparentale répondent également beaucoup moins souvent à ces questions. Il en est de même pour les femmes vivant du RMI, pour les bénéficiaires de la CMU ou pour celles ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie. La lien avec toutes ces variables d'âge et de précarité nous donne à penser que ces non réponses correspondent certainement beaucoup plus à des non recours qu'à une volonté de ne pas répondre aux questions relatives aux examens gynécologiques. Cette opinion est confortée par le fait que deux tiers des femmes ne répondant pas aux questions sur les examens gynécologiques n'ont pas eu non plus de mammographie.

Que dire par ailleurs des délais écoulés depuis le dernier examen gynécologique ?

Parmi les femmes ayant déclaré l'année de leur dernier examen gynécologique, 75 % le situent en 2000 ou en 1999, 11 % en 1998, 8 % déclarent qu'il a eu lieu il y a 3 à 5 ans, 2 % il y a 6 à 9 ans et 4 % il y a 10 ans ou plus.

Si l'on considère comme acceptable un délai d'environ 2 ans entre deux examens, (examen fait en 2000, en 1999 et en 1998)⁶⁵, on constate une fois de plus que les femmes les plus âgées et les plus précaires sont proportionnellement les plus nombreuses à dépasser ce délai. Ainsi, la proportion de femmes n'ayant pas eu d'examen gynécologique depuis plus de 2 ans est nettement plus importante parmi les femmes au chômage (+ 44 % à âge comparable) que parmi les femmes actives travaillant. Cette proportion est également beaucoup plus importante parmi les femmes vivant dans un milieu d'employé de commerce et d'ouvrier non qualifié, par rapport à celles vivant dans un milieu de cadre, respectivement + 55 % et + 46 %. Cette attitude concerne également les femmes ayant les niveau d'études et les revenus par unité de consommation les

⁶⁴ Les questions étaient ainsi formulées :

- question 1 : De quelle année date votre dernier examen gynécologique ?
- question 2 : Cet examen a-t-il été pratiqué : par un généraliste, un gynécologue/obstétricien, par un autre médecin ?

Cette question ne comportait donc pas de filtre du type " avez-vous déjà eu un examen gynécologique au cours de votre vie ? ".

L'absence de réponse à l'une des deux questions posées ne signifie donc pas automatiquement qu'il n'y a pas eu recours à cet examen.

⁶⁵ Il existe une imprécision sur le délai séparant le moment de l'enquête du dernier examen gynécologique. Une femme interrogée en fin 2000 et déclarant avoir réalisé le dernier examen gynécologique en 1998, peut l'avoir fait en début 1998. Il y a alors presque 3 ans que s'est déroulé cet examen. N'ayant pas le mois de réalisation de l'examen nous ne pouvons pas combler cette imprécision.

plus faibles, celles vivant dans les familles de six personnes et plus et dans les familles monoparentales. Les délais les plus importants s'observent pour les femmes vivant du RMI et celles bénéficiant de la CMU.

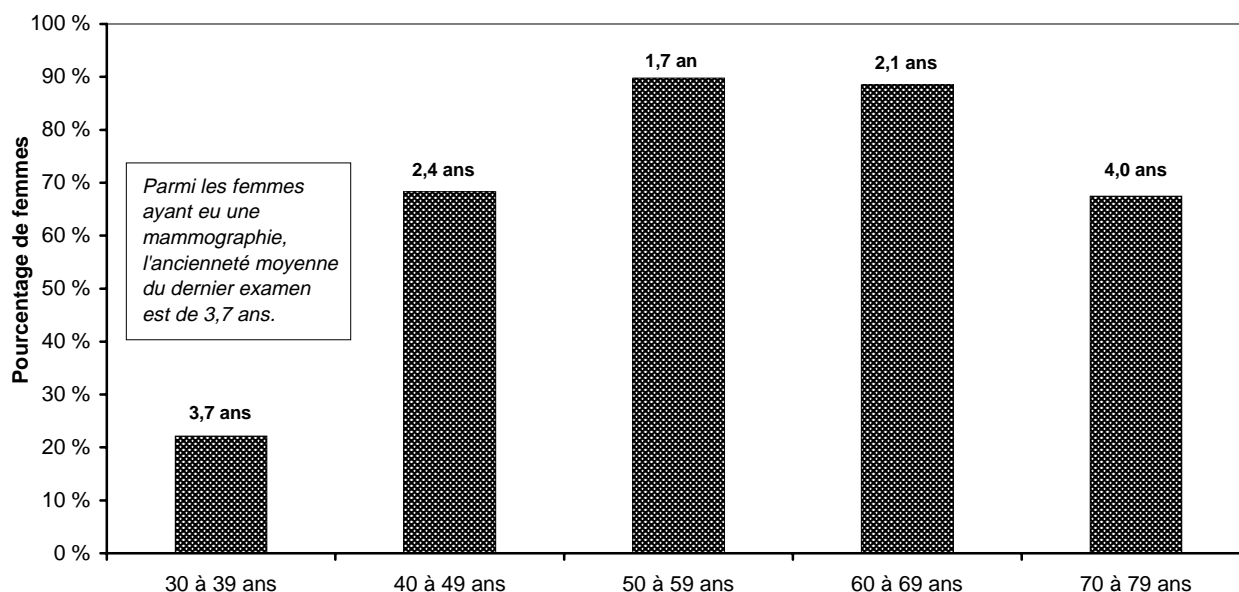
Presque neuf examens gynécologiques sur dix sont réalisés par les gynécologues et/ou obstétriciens

86 % des femmes qui répondent aux questions portant sur les examens gynécologiques déclarent que le dernier examen a été pratiqué par un gynécologue et/ou obstétricien, 13 % par un généraliste et 1 % par un autre médecin. Cette proportion d'examens effectués par les gynécologues et/ou obstétriciens est de 87 à 88 % entre 20 et 59 ans, de 81 à 82 % entre 60 et 79 ans et de 70 % au delà de cet âge. Les examens gynécologiques des femmes vivant dans des ménages d'agriculteur et d'ouvrier qualifié ou non qualifié, ainsi que de celles disposant du RMI ou de la CMU sont moins souvent effectués par des gynécologues. Par contre, les examens pratiqués chez les femmes ayant fait des études supérieures ou dont les revenus du ménage dépassent 8 500 francs par UC sont plus souvent qu'en moyenne réalisés par les gynécologues. Soulignons que d'autres variables marquant habituellement un certain degré de "défavorisation" sociale n'interviennent pas ou peu sur ce comportement de recours au gynécologue et/ou obstétricien : chômage, famille très nombreuse, famille monoparentale, exonération du ticket modérateur, absence de couverture complémentaire maladie. Au total, s'il y a bien, pour les femmes ayant eu un examen gynécologique, un certain effet du milieu social et du revenu sur le recours au gynécologue, celui-ci semble tout de même moins dépendre des autres variables traduisant des conditions de vie difficiles.

Entre 50 et 69 ans, trois femmes sur dix ne sont pas correctement suivies par mammographie

63 % des femmes de 30 à 79 ans déclarent avoir déjà eu, au cours de leur vie, au moins une mammographie. Le cadre dans lequel a été effectué le dernier examen n'est pas connu : ce pourcentage concerne donc à la fois les examens réalisés dans le cadre d'un dépistage systématique ou dans un cadre plus ciblé correspondant à des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein. Quoiqu'il en soit, 90 % des femmes de 50 à 69 ans, pour lesquelles le dépistage est recommandé, ont bénéficié d'au moins une mammographie dans leur existence. Entre 40 et 49 ans et entre 70 et 79 ans environ deux tiers des femmes ont eu au moins une mammographie.

Graphique 68
Pourcentage de femmes ayant eu au moins une mammographie dans leur vie
et ancienneté moyenne du dernier examen, selon l'âge
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Comme on peut le voir sur le graphique 68 la durée moyenne depuis le dernier examen est, pour les femmes de 50 à 69 ans, d'environ 2 ans. Mais il ne s'agit là que d'une moyenne, et nombreuses sont les femmes qui dépassent ce délai recommandé par l'ANAES. Ce délai a été fixé à 2 ans car " lorsque cet examen n'est effectué que tous les 3 ans, les cancers " d'intervalle " découverts au cours de la troisième année sont nettement plus nombreux ". Or, par exemple, chez les femmes de 50 à 79 ans interrogées en 2000, seules 60 % ont eu leur dernière mammographie en 2000 ou en 1999 et 81 % en 2000 ou en 1999 ou en 1998. On peut donc en déduire avec certitude que plus⁶⁶ de 20 % des femmes de cette tranche d'âge qui nous déclarent avoir eu une mammographie l'ont eu il y a 3 ans ou plus (4% d'entre elles datent le dernier examen de plus de 7 ans).

Autrement présenté, ce résultat montre que dans cette tranche d'âge particulièrement exposée au risque de cancer du sein et qui devrait selon les recommandations bénéficier d'une mammographie tous les deux ans, plus de 30 % des femmes n'ont jamais eu de mammographie ou en ont eu une, mais il y a 3 ans ou plus.

Un exemple flagrant des inégalités sociales d'accès aux soins

Si 7 femmes sur 10 entre 50 et 79 ans semblent correctement suivies, celles qui ne le sont pas (pas de mammographie ou mammographie datant d'au moins 3 ans) possèdent les caractéristiques socio-démographiques des femmes les plus défavorisées (cf. graphique 69 et Rapport annexe tableau 57).

En effet, le taux de recours à cet examen est plus faible, notamment après correction de l'effet de l'âge, pour :

- les femmes au chômage par rapport aux femmes actives occupées ;
- les femmes dont le niveau d'études est inférieur au niveau du collègue ;
- les femmes vivant dans un ménage d'employé de commerce ou d'ouvrier qualifié (dans les ménages d'ouvrier non qualifié le recours est moyen) ; à noter également le faible recours dans les ménages d'agriculteur ;
- les femmes dont le revenu par unité de consommation du ménage est inférieur à 5 500 francs ;
- les femmes des ménages composés de 4 personnes et plus et les femmes vivant dans des familles monoparentales ;
- les femmes bénéficiant du RMI, et/ou de la CMU ;
- les femmes déclarant ne pas disposer d'une couverture complémentaire maladie.

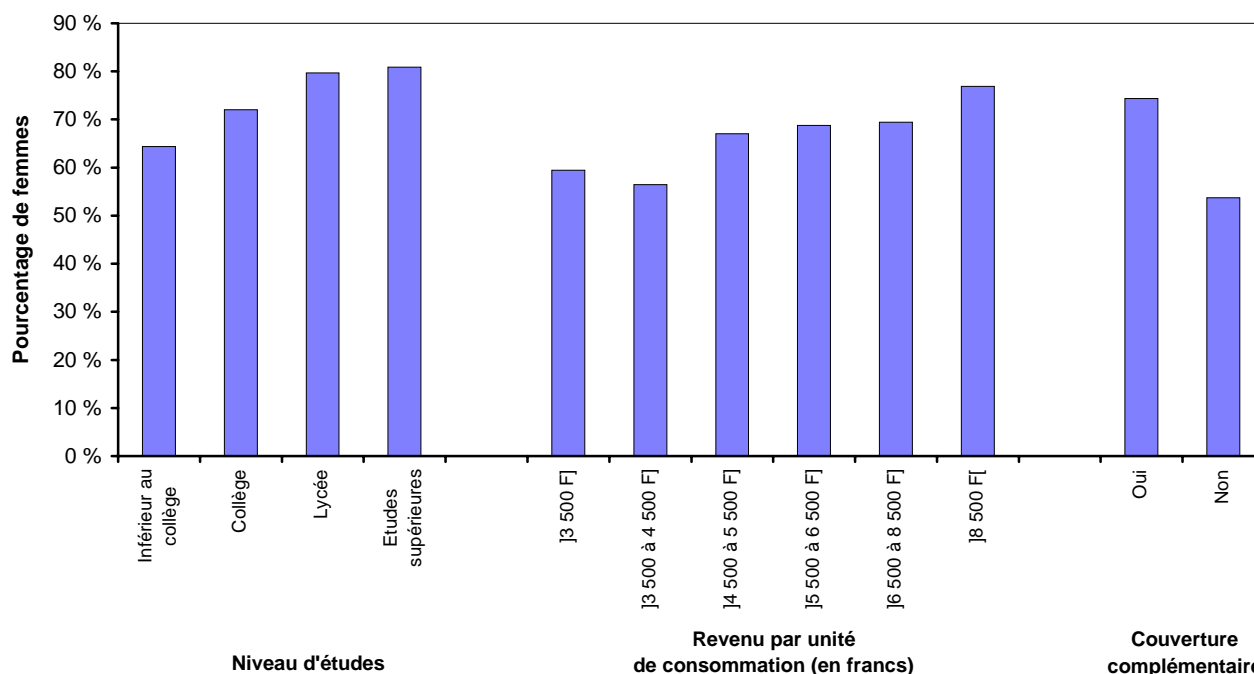
Signalons par ailleurs qu'à âge comparable, les femmes exonérées du ticket modérateur recourent moins à la mammographie que les autres. Il en est de même pour les femmes bénéficiaires de la MSA et dans une moindre mesure de la CANAM. A noter également que les femmes de 50 à 59 ans sont un peu plus nombreuses à bénéficier de cet examen dans les délais recommandés que celles de 60 à 69 ans.

S'il existe un consensus pour inviter les femmes de 50 à 69 ans à réaliser régulièrement (tous les deux ans) une mammographie, celui-ci n'existe pas pour les femmes plus jeunes ou plus âgées. On constate cependant qu'un grand nombre d'entre elles ont bénéficié d'une mammographie dans un délai de deux ans. Ainsi, la moitié des femmes de 40 à 49 ans datent leur dernière mammographie de moins de trois ans. Le recours direct au radiologue pour une mammographie n'étant certainement pas courant, ce sont donc des examens qui ont été « prescrits » par un autre praticien (probablement gynécologue et/ou obstétricien ou encore généraliste). La moitié des femmes n'ayant pas toutes des antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, ni probablement pas toutes de signes cliniques d'appel, il est donc probable qu'un grand nombre de ces examens correspondent à des dépistages souhaités par les « praticiens prescripteurs ». On

⁶⁶ En effet parmi les personnes qui nous déclarent avoir eu une mammographie en 1998 certaines ont été enquêtées en fin d'année 2000 et ont pu avoir leur mammographie en début 1998. Pour ces femmes la dernière mammographie date donc de plus de 2 ans.

peut donc dire que ceux-ci ont une attitude plus préventive que ce que les recommandations actuelles conseillent⁶⁷.

Graphique 69
Taux de recours à la mammographie dans les délais recommandés, pour les femmes de 50 à 69 ans
selon quelques variables socio-démographiques
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Au total, on constate pour ces deux types d'examen à la fois un moindre recours et un recours retardé pour les femmes les plus âgées et surtout celles dont les conditions de vie sont les plus difficiles. Pour la mammographie, les difficultés d'accès peuvent être considérées comme caractéristiques des difficultés d'accès aux soins des plus défavorisés. Bien que l'on ne puisse être aussi affirmatif du fait du questionnaire, l'accès aux examens gynécologiques semble également très lié à l'ensemble des variables de précarité. Par contre, pour les femmes qui ont eu un examen gynécologique, l'accès aux gynécologues et/ou obstétriciens semble un peu moins restreint par les variables traduisant les difficultés sociales.

Concernant la mammographie, la généralisation du dépistage gratuit à l'ensemble du territoire devrait permettre de résoudre une partie de ces problèmes. Encore faut-il se mobiliser pour sensibiliser les femmes, notamment les femmes les plus précaires. Il en va de même pour les examens gynécologiques, puisque semble-t-il 1 à 2 femmes sur 10 ne bénéficient pas de cet examen. Puisque plus de 90 % des femmes déclarent avoir un médecin généraliste habituel, qui mieux que lui pourrait favoriser ces recours ? Recours à la mammographie bien sûr, mais aussi recours au gynécologue et/ou obstétricien puisque, actuellement, il semble que la plus grande partie des examens gynécologiques soit réalisée par les gynécologues et/ou obstétriciens⁶⁸.

⁶⁷ Actuellement, la Food and Drug Administration (FDA) et l'American Medical Association (AMA) conseillent un dépistage par mammographie tous les deux ans chez les femmes de plus de 50 ans. Par contre, l'American College of Radiology (ACR) recommande une mammographie tous les ans pour les femmes de plus de 40 ans.

⁶⁸ Une autre solution serait que les généralistes intègrent davantage cet examen dans leur pratique, mais encore faudrait-il que les femmes acceptent que celui qui est souvent le médecin de famille puisse également être leur "gynécologue".

20 % des adultes déclarent avoir consulté un médecin d'un hôpital public dans les 12 derniers mois.

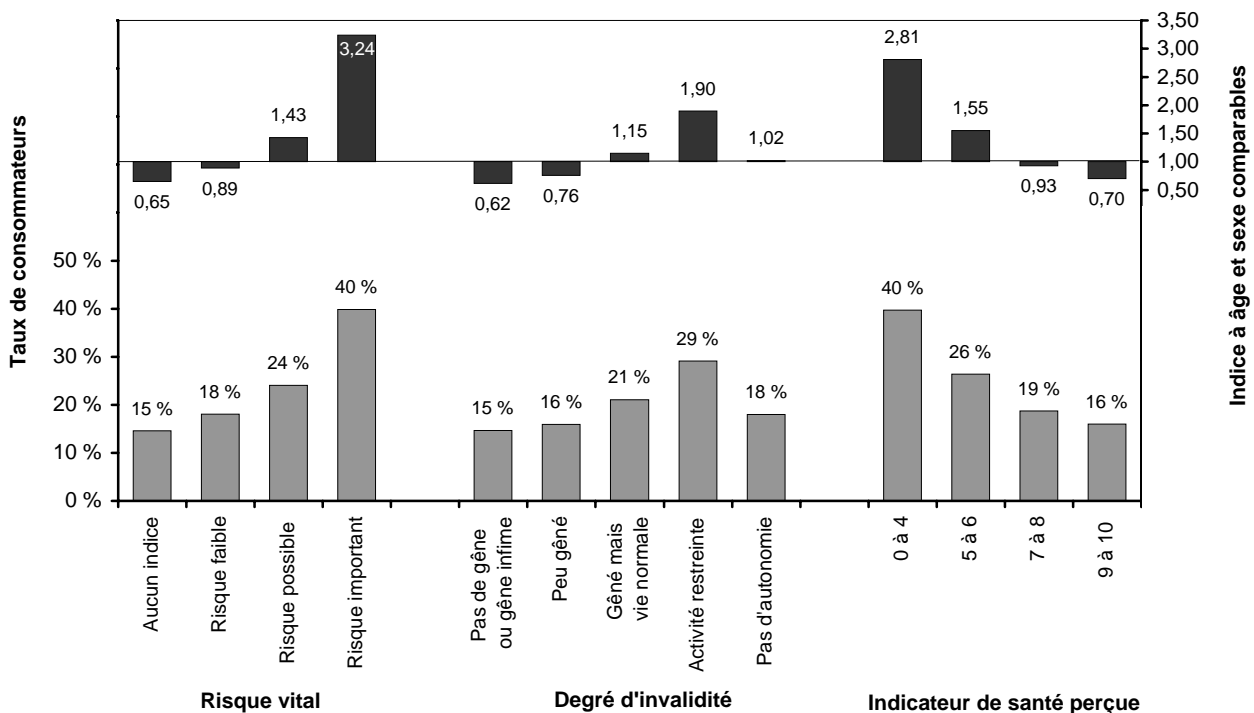
Au cours des douze derniers mois, 20 % des adultes interrogés déclarent avoir eu recours à un médecin d'un hôpital public.

Les femmes et notamment celles de 16 à 39 ans déclarent plus souvent recourir à un médecin d'un hôpital public au cours des 12 derniers mois. Le recours plus important de cette population, en âge de procréer, peut correspondre à des consultations pré ou post natales plus fréquentes.

Le recours ou non à un médecin d'un hôpital public peut également s'expliquer par le milieu social. Dans les milieux d'artisan-commerçant et employé de commerce le recours à ce type de soins est peu fréquent (respectivement 15 % et 18 %). A l'opposé, 22 % des personnes appartenant à une famille de cadre ont consulté un médecin d'un hôpital public.

Ce sont les personnes dont l'état de santé est médiocre ou mauvais qui recourent le plus souvent à un médecin d'un hôpital public. Les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale recourent 2 fois plus souvent à ce dernier que les non exonérées (cf. graphique 70 et Rapport annexe tableau 58).

Graphique 70
Pourcentage de consommateurs de médecin d'un hôpital public, dans les 12 derniers mois
selon l'état de santé
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.2. Débours et prix moyens des séances de médecin

Les débours correspondent aux sommes versées directement par les patients aux médecins, indépendamment d'éventuels remboursements ultérieurs. Le débours peut être nul en cas de tiers payant total ou correspondre au ticket modérateur en cas de tiers payant partiel. Dans la majorité des cas, les séances de médecin sont payées directement et intégralement par les patients, et dans ce dernier cas, le débours permet d'estimer le prix moyen de la séance.

En moyenne, les débours par personne sont de 78 francs en un mois pour des soins de médecin : 37 francs en soins de généraliste (30 francs en consultations et 7 francs en visites) et 41 francs en soins de spécialiste (cf. Rapport annexe tableau 59).

Le prix moyen de la séance de médecin, lorsqu'elle est payée directement et intégralement par le patient, s'élève à 177 francs. Il varie de 129 francs pour une consultation de généraliste à 172 francs pour une visite de généraliste et 253 francs pour une séance de spécialiste. Pour les généralistes, ces prix sont proches des tarifs conventionnels des médecins du secteur 1, le tarif de la lettre C correspondant à la consultation s'élevait à 115 francs en 2000 et celui de la lettre V correspondant à la visite plus le montant des indemnités de déplacement (différent pour Paris, Lyon et Marseille) à 135 ou 145 francs. Par contre, pour les séances de spécialiste, la valeur observée ne reflète pas le tarif de la lettre CS (150 francs) car ce prix observé intègre en quelque sorte la "quantité" de soins dispensés pendant la séance. En effet, bon nombre de séances comportent des actes techniques plus ou moins sophistiqués (électrocardiogramme, audiogramme, échographie, radio, etc.) côtés en différentes lettres clés (K, Z, etc.). A ces différences de "contenu" de la séance s'ajoutent d'éventuels dépassements d'honoraires.

Pourquoi le débours est sous-estimé dans l'enquête ?

Avant de commencer la description de ces premiers résultats sur les débours, il semble nécessaire de faire un point sur leur signification. A l'évidence, les déclarations sous-estiment la réelle consommation en séances de médecin. Ceci est lié à divers phénomènes. D'une part, les ménages où réside un grand malade refusent le plus souvent, et on peut le comprendre, de participer à l'enquête. Il en va de même pour les ménages dans lesquels une personne est hospitalisée. D'autre part, la participation des personnes âgées, souvent fortes consommatrices de soins de médecin, est moins bonne que celle de la population. De plus, les enquêtés oublient, volontairement ou involontairement, de déclarer certains soins.

Dans l'enquête, en moyenne, chaque personne déclare avoir déboursé 78 francs en un mois pour des soins de médecin : 37 francs en soins de généraliste (30 francs en consultations, 7 francs en visites) et 41 francs en soins de spécialistes (cf. Rapport annexe tableau 59).

Ce débours moyen permet d'appréhender d'une autre manière la sous déclaration des séances dans l'enquête : un débours moyen de 78 francs par mois conduit à un débours total annuel agrégé de 55 milliards de francs. Pour passer du débours observé à la dépense estimée (la différence entre ces deux valeurs tient essentiellement à l'utilisation du tiers payant), on utilise une estimation réalisée au CREDES : ainsi, nous estimons que la dépense en soins de médecin est proche du débours majoré de 20 %. On passerait donc à une dépense estimée de 66 milliards de francs. Or, selon les comptes nationaux de la santé (DREES), les soins en pratique libérale ont représenté 100 milliards de francs sur l'année 2000. Toutefois, ce chiffre recouvre de nombreuses activités de soins non comptabilisées dans l'enquête : honoraires des praticiens perçus en clinique (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, ...), activité des médecins exerçant à titre libéral dans le cadre de maison de retraite, de repos, de rééducation, etc ; tous éléments non recueillis dans l'enquête. Il n'en reste pas moins une forte sous estimation de la dépense totale observée à travers l'enquête.

Il convient de garder présent à l'esprit que les indices eux-mêmes peuvent être entachés de biais, si la sous-déclaration ne frappe pas uniformément les enquêtés selon leur statut (par âge, sexe, milieu social, etc.), ou leur consommation réelle (on peut imaginer que les gros consommateurs et les consommateurs occasionnels n'ont pas les mêmes comportements de déclaration à l'enquête).

3.2.1. Les débours en soins de médecin sont plus importants chez les très jeunes et les plus de 50 ans

Les débours par personne, comme le recours au médecin, sont très fortement liés à l'âge. La courbe du débours moyen selon l'âge suit également une forme en "J", décroissant puis croissant avec l'âge.

Les personnes âgées de moins de 2 ans ou de 50 ans et plus, sont celles qui déboursent le plus, en moyenne plus de 120 francs⁶⁹. Ce phénomène est observable tant chez les généralistes, que chez les spécialistes.

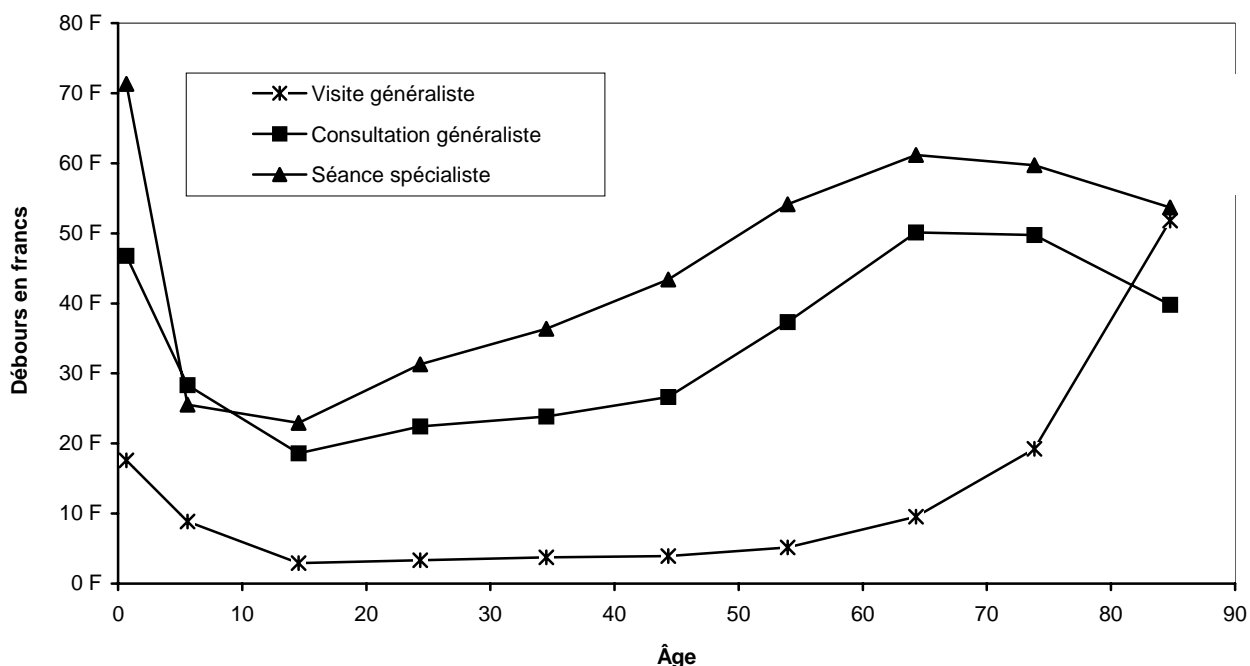
Pour les soins de généraliste, on constate que quel que soit l'âge, le prix des séances intégralement payées ne fluctue pas. Ainsi, l'explication de ces débours plus importants chez les nourrissons et les personnes âgées de 50 ans et plus réside en un nombre de séances plus important pour ces populations.

Au contraire, le prix des séances de spécialiste varie sensiblement avec l'âge des patients. En effet, pour les spécialistes, bon nombre de séances comportent des actes techniques plus ou moins sophistiqués et ce contenu évolue avec l'âge des patients. L'évolution du débours s'explique donc pour ce type de soins, d'une part par le prix des séances et d'autre part, par le nombre de séances qui fluctue selon l'âge (cf. Rapport annexe tableau 60 et graphique 72). Le débours important des bébés en séances de spécialiste est dû à un nombre de séances moyen très supérieur à la moyenne, malgré un prix moyen des séances de spécialiste très faible. Par contre chez les adultes, l'accroissement du débours semble s'expliquer par une augmentation conjointe du nombre de séances et du prix moyen des séances intégralement payées.

Les personnes âgées de 70 ans et plus privilégient les consultations de généraliste à leur domicile aux consultations au cabinet du généraliste comme du spécialiste. On observe un déclin du débours pour ces deux derniers types de soin, alors que le débours pour les visites de généraliste ne cesse de croître (cf. graphique 71 et cf. Rapport annexe tableau 59).

Graphique 71
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon l'âge
France 2000

Note au lecteur : Les débours évalués à partir de l'enquête sont sous estimés. Il en est de même pour les graphiques suivants (cf. encadré p. 103).

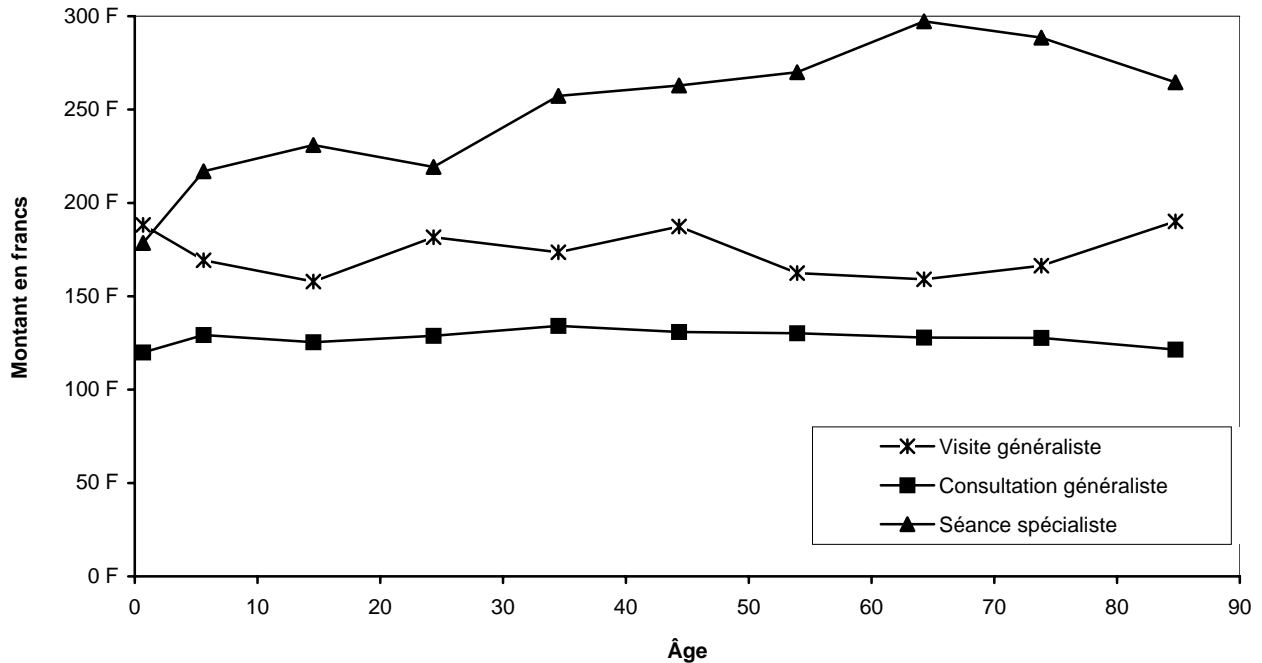


Source : CREDES-ESPS 2000

⁶⁹ Nous rappelons que les débours évalués à partir de l'enquête sont sous-estimés (cf. encadré p. 103).

Les femmes déboursent en soins de médecin en moyenne 1,6 fois plus que les hommes, respectivement 95 francs et 59 francs par personne. Cet écart est plus sensible pour les consultations de spécialistes. Elles déclarent également plus de séances que les hommes (0,65 versus 0,44), mais le prix moyen des séances est peu différent selon le sexe.

Graphique 72
Prix moyen des séances intégralement payées par type de médecin, selon l'âge
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

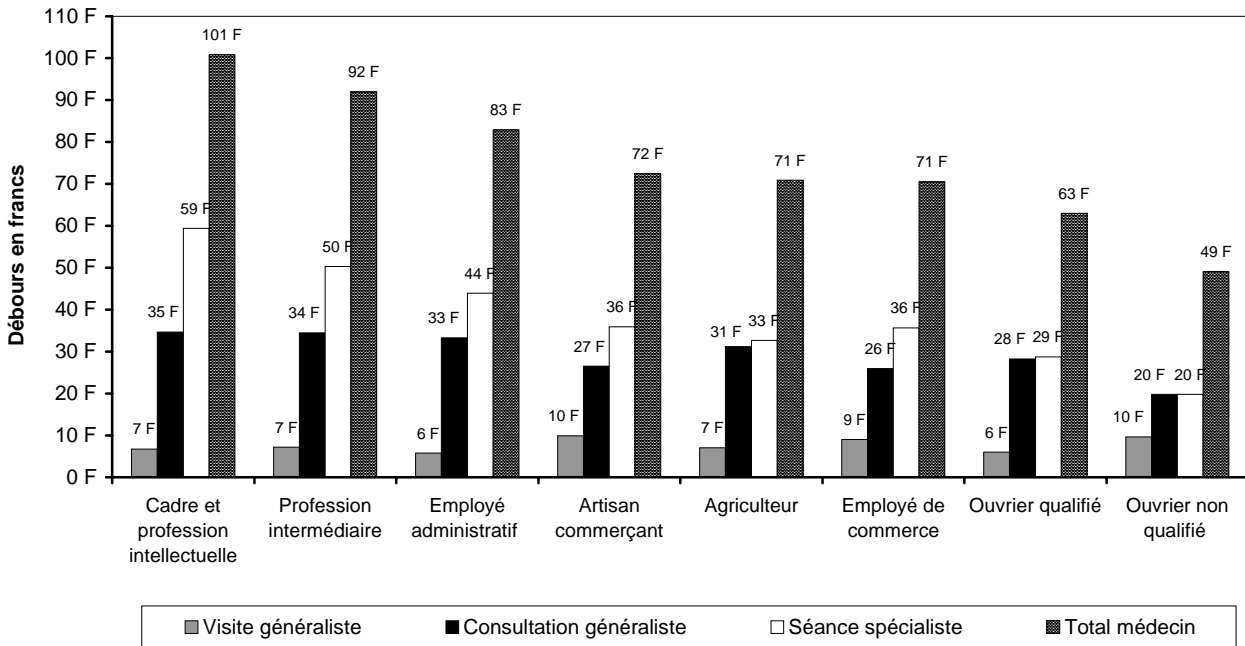
3.2.2. Les ménages de cadre ou de profession intermédiaire déboursent plus en soins de médecin que ceux d'ouvrier non qualifié

Le débours par personne en soins de médecins est maximum dans les ménages dont la personne de référence est cadre ou exerce une profession intermédiaire (respectivement 101 francs et 92 francs). A l'opposé, les ménages d'ouvrier non qualifié ont les débours les plus faibles (49 francs). Alors que les débours pour les consultations de généraliste varient peu avec le milieu social, les débours pour les soins de spécialiste varient de manière très importante et passent de 20 francs pour les ouvriers non qualifiés à 59 francs pour les cadres, soit trois fois plus (cf. graphique 73).

Le nombre de séances de généraliste par personne n'est que très faiblement corrélé au milieu social. A l'inverse, pour les séances de spécialiste, les ménages dont la personne de référence est ouvrier non qualifié ou agriculteur déclarent un nombre de séances par personne moitié plus faible que les cadres (0,14 contre 0,28). Les indices à âge et sexe comparables confirment ce phénomène.

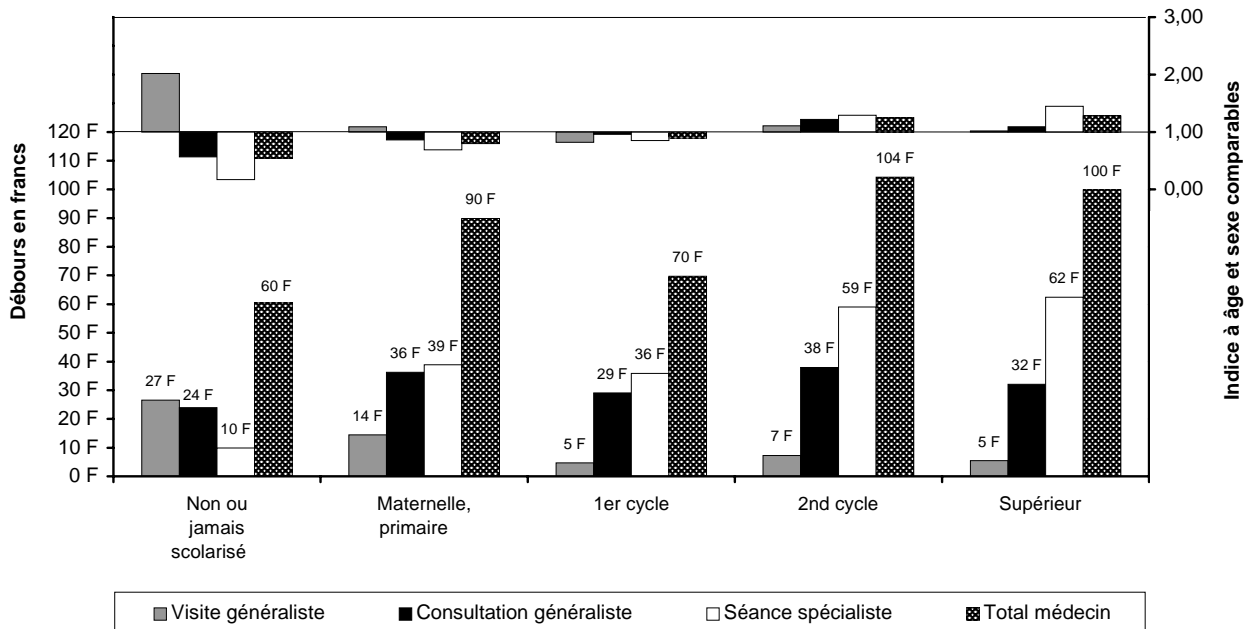
Notons que le prix moyen des séances de spécialiste intégralement payées est supérieur chez les cadres par rapport aux ouvriers non qualifiés (278 francs versus 220 francs), mais les écarts deviennent non significatifs à âge et sexe comparables.

Graphique 73
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 74
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau d'études
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le niveau d'études est également très discriminant sur les débours pour les soins médicaux. Les personnes diplômées du second cycle ou ayant fait des études supérieures déboursent plus que les personnes ayant été jusqu'en primaire. Ces écarts persistent après ajustement sur l'âge et le sexe, notamment pour les séances de spécialiste (cf. graphique 74).

Ils s'expliquent principalement par un nombre moyen de séances plus important chez les personnes les plus diplômées. En revanche, le prix moyen des séances, à âge et sexe comparables, n'est pas différent selon le niveau d'études (indice proche de 1).

3.2.3. Les personnes à très bas revenu par unité de consommation déboursent moins pour les consultations tant de généraliste que de spécialiste

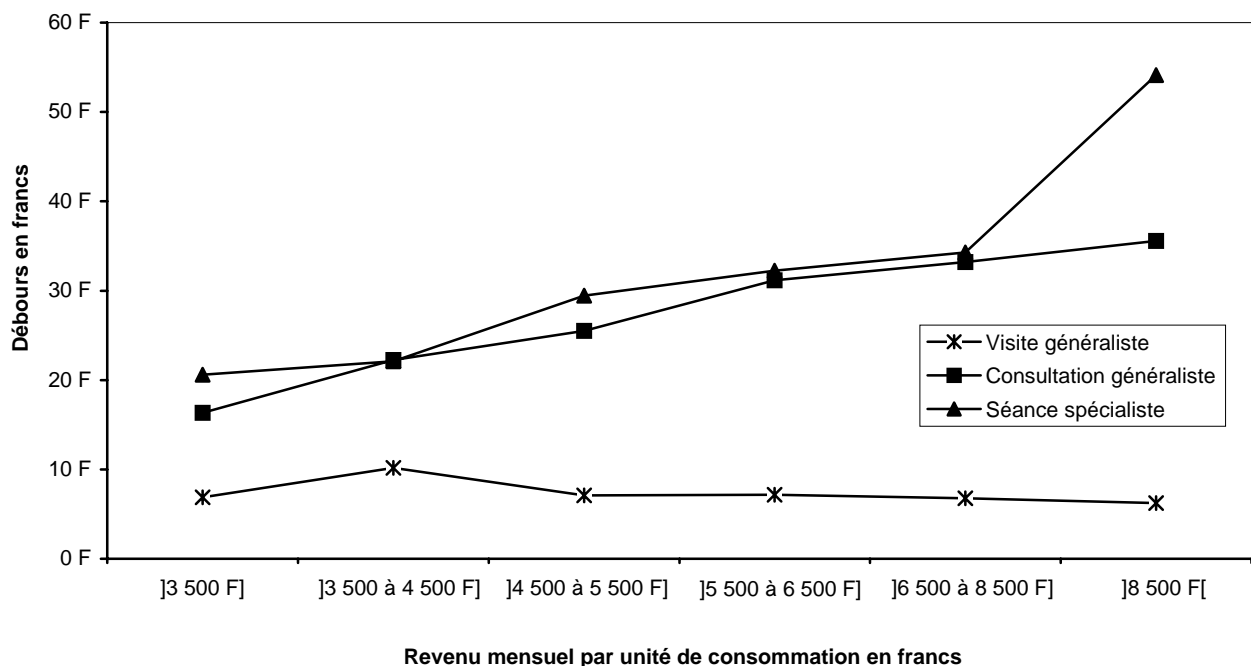
Pour les généralistes, comme pour les spécialistes, le débours augmente progressivement avec le revenu par unité de consommation. Ce phénomène, bien que plus marqué chez les spécialistes, persiste après ajustement sur l'âge et le sexe pour les deux types de médecin.

Néanmoins, il est intéressant pour les généralistes de distinguer consultations et visites du médecin. En effet, les débours effectués pour les consultations de généraliste augmentent avec le revenu. En revanche, les débours pour les séances ayant lieu au domicile du patient sont indépendants du revenu par unité de consommation (cf. graphique 75).

Pour les spécialistes, le nombre moyen de séances déclaré sur un mois par personne augmente également avec le revenu. Le nombre moyen de séances pour les personnes déclarant un revenu inférieur à 3 500 francs par unité de consommation est de 0,17 (indice à 0,80) contre 0,27 pour les personnes déclarant plus de 8 500 francs par unité de consommation (indice à 1,20). Pour les généralistes, cet indicateur reste relativement stable quel que soit le revenu déclaré.

Les écarts de prix des séances intégralement payées que l'on observe selon le revenu, notamment pour les séances de spécialiste, ne sont pas confirmés après ajustement sur l'âge et le sexe, puisque nous observons des indices proches de 1.

Graphique 75
Débours en soins de médecin selon le revenu par unité de consommation
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.2.4. Les familles nombreuses et les familles monoparentales déboursent moins chez le médecin

On observe une relation inverse entre la taille du ménage et le débours pour des soins de médecin. Les ménages composés d'une ou deux personnes déboursent 2,5 fois plus par personne que les ménages d'au moins six personnes. Cet écart est confirmé après ajustement sur l'âge et le sexe uniquement pour les séances de spécialiste. De plus, il semble que seuls les ménages de cinq personnes et plus se distinguent de la moyenne.

Cette même relation s'observe pour le nombre de séances déclaré. Après ajustement, il semble que seuls les ménages de six personnes et plus se distinguent des autres ménages par un recours très en dessous de la moyenne tant chez les généralistes que chez les spécialistes.

Le prix moyen des séances intégralement payées n'est pas discriminant selon la taille du ménage.

Tout comme pour le recours au médecin, le type de ménage influe sur le débours. Les enfants vivant dans un foyer monoparental et les enfants vivant avec leurs deux parents ont un comportement en terme de soins médicaux différent. Le débours des enfants vivant dans un foyer monoparental est inférieur au débours des enfants vivant avec un couple (respectivement 39 francs et 65 francs). Ces enfants ayant un faible débours déclarent également un peu moins de séances de médecin en particulier de généraliste. Le prix moyen des séances intégralement payées n'est pas différent d'un type de foyer à l'autre.

3.2.5. Les malades exonérés du ticket modérateur pour raison médicale consultent et déboursent beaucoup plus

Un malade exonéré du ticket modérateur pour raison médicale débourse près de 50 % de plus pour des soins de médecin qu'une personne non exonérée (141 francs versus 73 francs). Toutefois, cet écart est sensiblement réduit si l'on tient compte du fait que les personnes exonérées sont plus âgées (indice redressé par âge et sexe 1,35 et 0,96).

Les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale déboursent 1,6 fois plus en consultation de généraliste (3,7 fois plus en visite de généraliste) que les personnes non exonérées. A âge et sexe comparables, l'écart observé entre personnes exonérées et personnes non exonérées reste important pour les visites de généraliste (respectivement indice à 1,74 et 0,89).

Pour les soins de spécialiste, le débours des personnes exonérées correspond pratiquement au double de celui des non exonérées. Les indices à âge et sexe égaux restent différents, les personnes exonérées du ticket modérateur ont un indice à 1,41 contre 0,96 pour les non exonérées.

En nombre de séances, l'écart reste important après élimination de l'effet de l'âge et du sexe, l'indice pour les personnes exonérées du ticket modérateur est de 1,53 pour les séances de médecin contre 0,94 chez les non exonérées. Cet indice est à 1,23 pour les consultations de généraliste, 1,91 pour les visites de généraliste et 1,81 pour les séances de spécialiste.

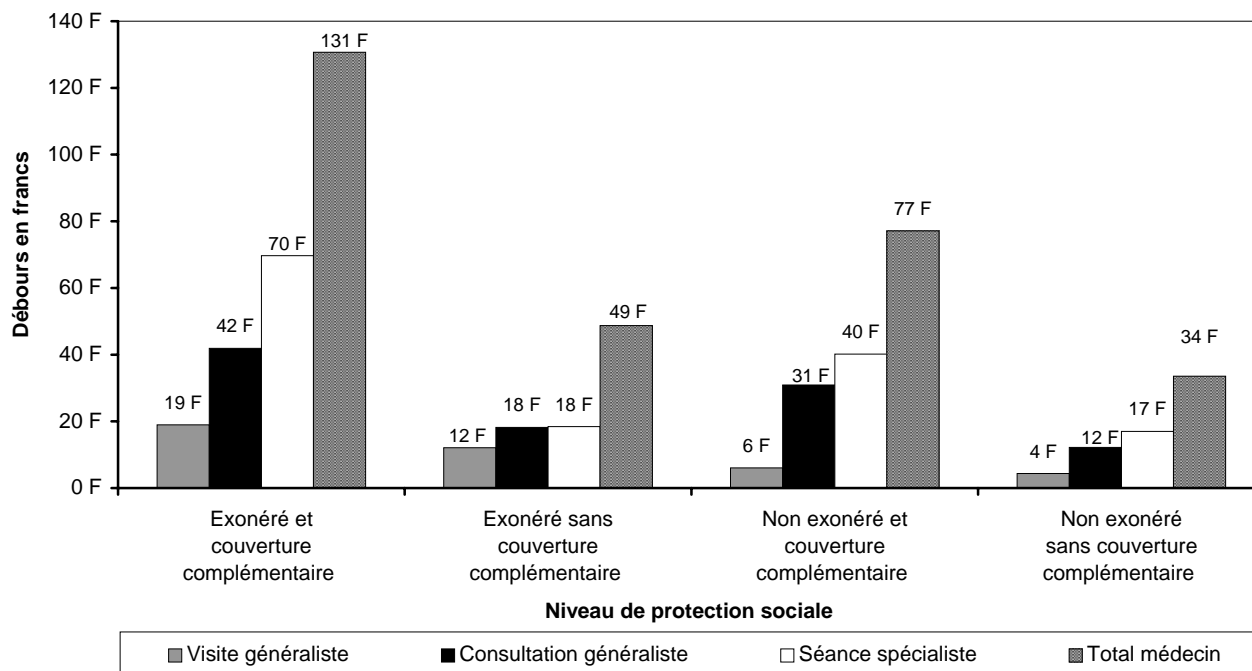
Enfin, après ajustement sur l'âge et le sexe, la différence de prix des séances de médecin pour les personnes exonérées et non exonérées est très faible, qu'il s'agisse des consultations et des visites de généraliste ou de spécialiste.

3.2.6. Les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire consultent et déboursent moins

Pour les soins de généraliste, les personnes possédant une couverture complémentaire déboursent 2 fois plus que celles qui n'en disposent pas ; elles déboursent 2,5 fois plus pour les soins de spécialiste. Au total, le débours des personnes possédant une couverture complémentaire est 2,3 fois plus élevé que le débours de celles qui n'en possèdent pas (cf. graphique 76).

Compte tenu du fait que les personnes sans couverture complémentaire sont à la fois plus nombreuses parmi les jeunes adultes et les personnes âgées, l'élimination de l'influence de l'âge et du sexe ne modifie pas ces résultats.

Graphique 76
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon la couverture sociale
 France 2000



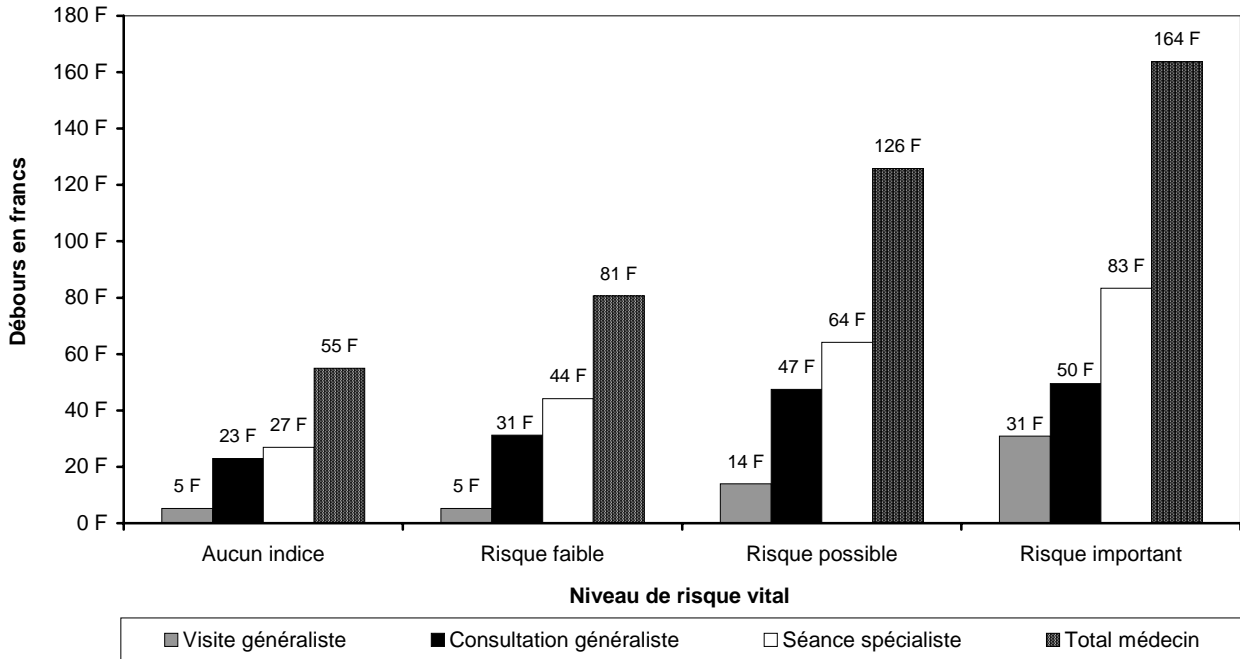
Source : CREDES-ESPS 2000

3.2.7. Le débours par personne en soins de médecin augmente avec le risque vital et le degré d'invalidité

Les personnes ayant un risque important sur le plan vital déboursent trois fois plus en séances de médecin que les personnes n'ayant aucun indice de risque vital. Ce rapport est maximum pour les visites de généraliste, les personnes ayant un risque important sur le plan vital déboursant près de six fois plus que celles n'ayant aucun indice de risque vital (cf. graphique 77). Après ajustement sur l'âge et le sexe, les écarts sont atténués mais restent tout de même conséquents. En effet, pour les séances de médecins, les personnes ayant un risque important sur le plan vital déboursent 1,6 fois plus que les personnes n'ayant aucun risque vital, et deux fois plus pour les visites de généralistes.

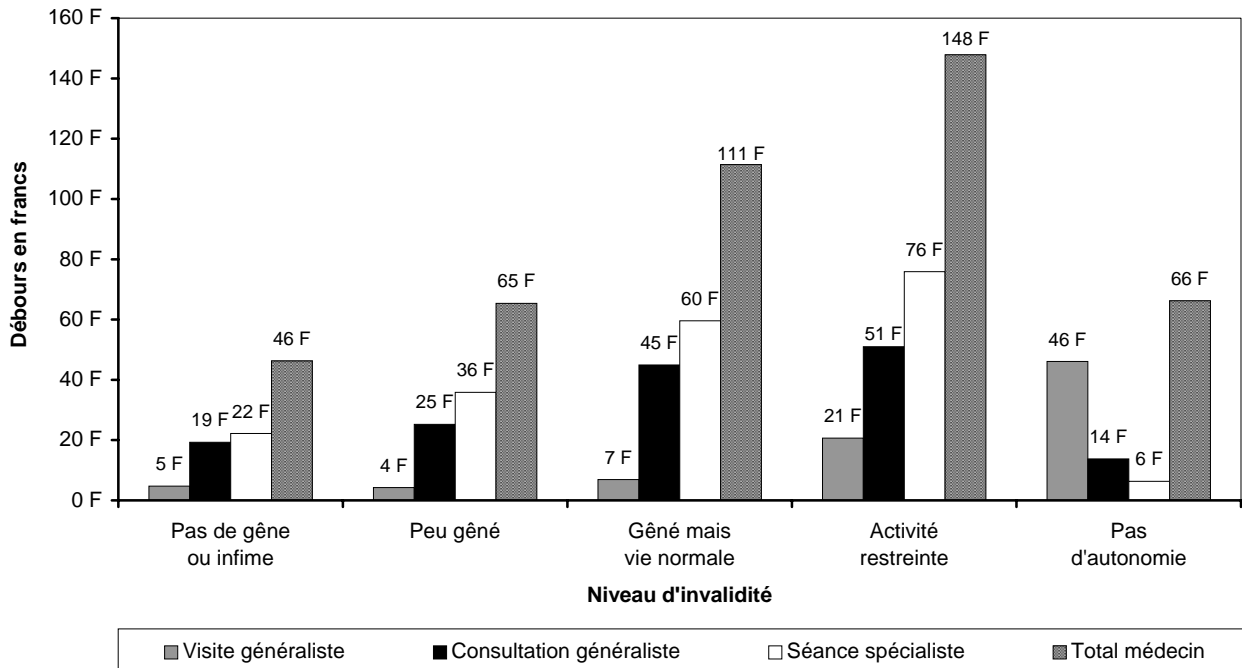
Le débours pour des séances de médecin augmente également avec le degré d'invalidité. Naturellement, les personnes grabataires ou totalement dépendantes ont un débours très important pour les visites de généraliste, puisqu'il est neuf fois supérieur au débours des individus n'ayant pas de gêne (cf. graphique 78). A âge et sexe égaux, les indices sont de 2,07 pour les personnes grabataires ou très dépendantes et 0,85 pour celles n'ayant pas de gêne.

Graphique 77
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau de risque vital
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 78
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le degré d'invalidité
 France 2000



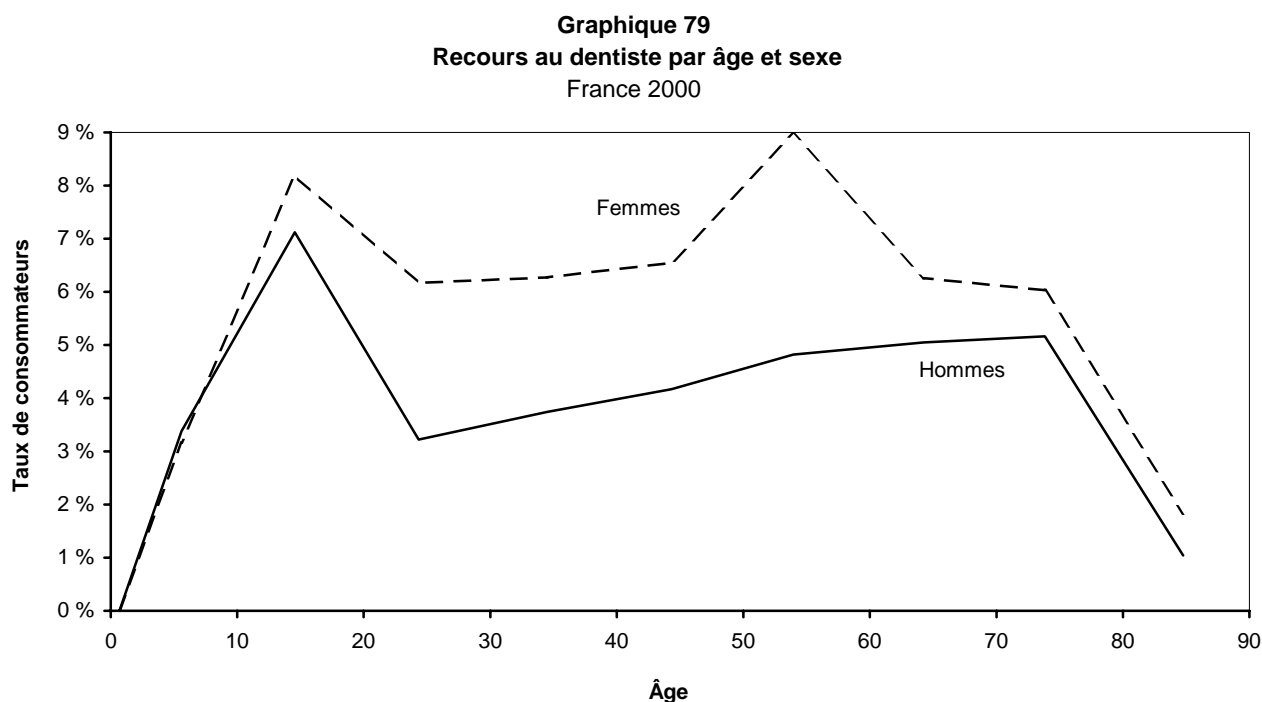
Source : CREDES-ESPS 2000

3.3. Les soins dentaires

En un mois, 5 % des enquêtés déclarent avoir eu recours au moins une fois à un dentiste.

3.3.1. Les recours au dentiste sont maximum pour les adultes jeunes

Ce sont les enquêtés de 10 à 19 ans qui déclarent le plus souvent aller voir un dentiste (taux de consommateurs : 8 %). Notons la diminution sensible des recours au dentiste des jeunes adultes (20-29 ans), aussi marquée pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes. Enfin, les femmes vont plus souvent voir le dentiste que les hommes (cf. graphique 79 et Rapport annexe tableau 61).



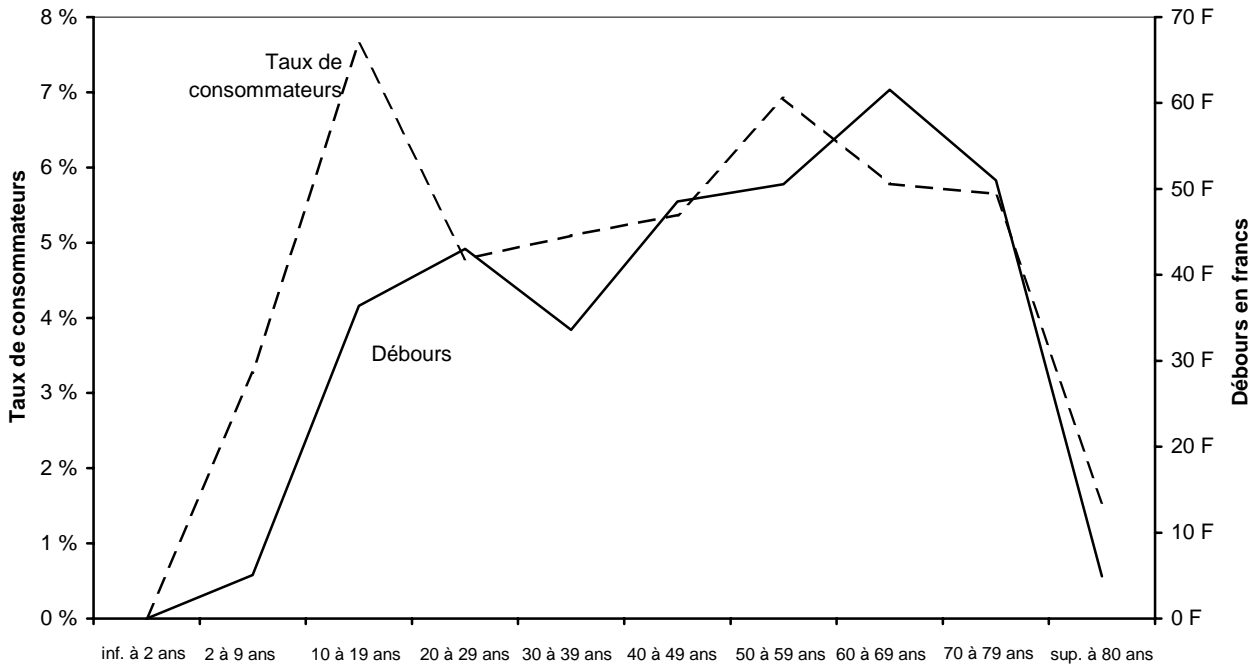
Source : CREDES-ESPS 2000

Le débours est en général un bon indicateur de l'intensité et de la quantité des soins de dentiste car il est proche de la dépense réelle. En effet, l'aspect réglementaire des tarifs des prothèses et des soins associés rend les dépassements pratiquement généralisés pour ce type de traitement. De plus, même pour les soins conservateurs, en général bien remboursés par l'Assurance maladie, le tiers payant est quasi inexistant.

En moyenne, le débours pour les soins dentaires est de 38 francs. Il est cependant extrêmement dispersé et les moyennes doivent être examinées avec prudence. Le profil des débours de soins dentaires en fonction de l'âge diffère sensiblement de celui du recours aux soins de médecin. Chez les enfants, le débours est quasi nul avant 10 ans, subit un pic entre 10 et 29 ans correspondant aux soins d'orthodontie. Les débours les plus élevés s'observent entre 50 et 79 ans ; ceci est à mettre en relation avec la pose fréquente de prothèses chez ces personnes (cf. graphique 80).

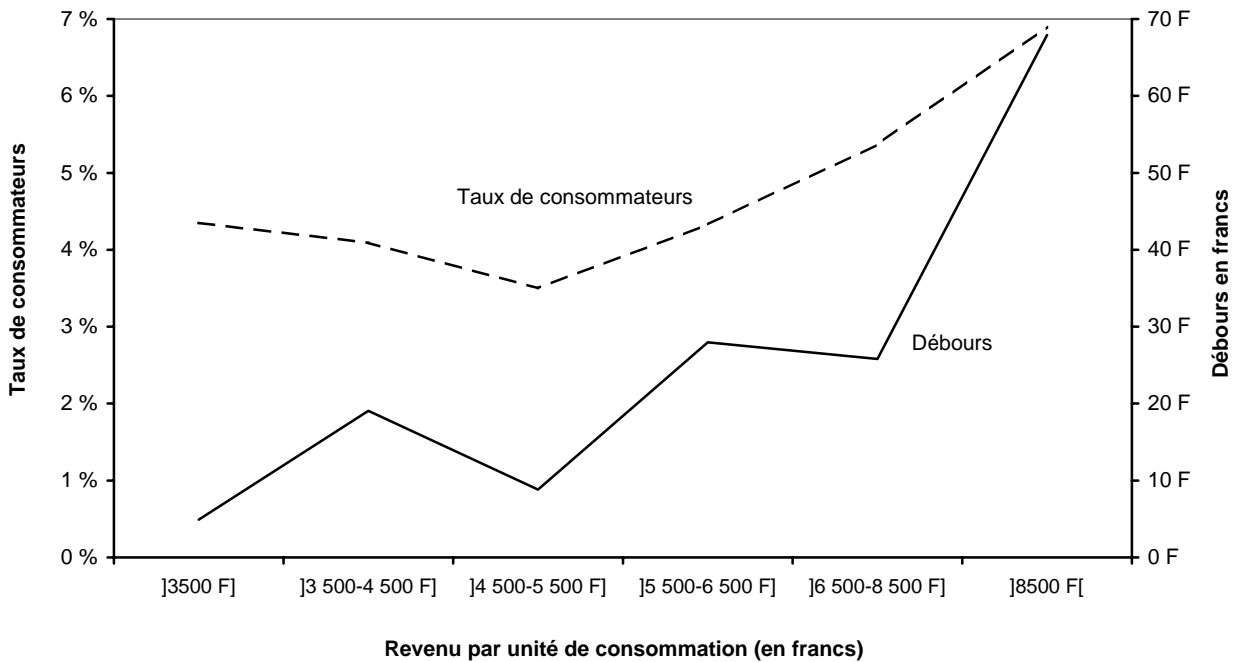
Notons qu'au cours du mois, les femmes déboursent plus que les hommes (respectivement 47 francs contre 29 francs).

Graphique 80
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon l'âge
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 81
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le revenu par unité de consommation
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.3.2. Un impact très fort des variables économiques sur la consommation de soins dentaires

Par rapport aux autres soins pratiqués par les médecins et les dentistes, les prothèses dentaires sont particulièrement mal remboursées par les régimes de Sécurité sociale et sont, de ce fait, très sensibles tant au mode de protection sociale qu'aux caractéristiques socio-économiques des individus.

Ce faible remboursement des prothèses dentaires explique en partie que les personnes sans couverture complémentaire gardant à leur charge l'intégralité du ticket modérateur et des dépassements aient nettement moins souvent recours au dentiste que les autres (3 % en un mois contre 6 %) et que leur débours en soins dentaires soit très inférieur à celui des personnes couvertes.

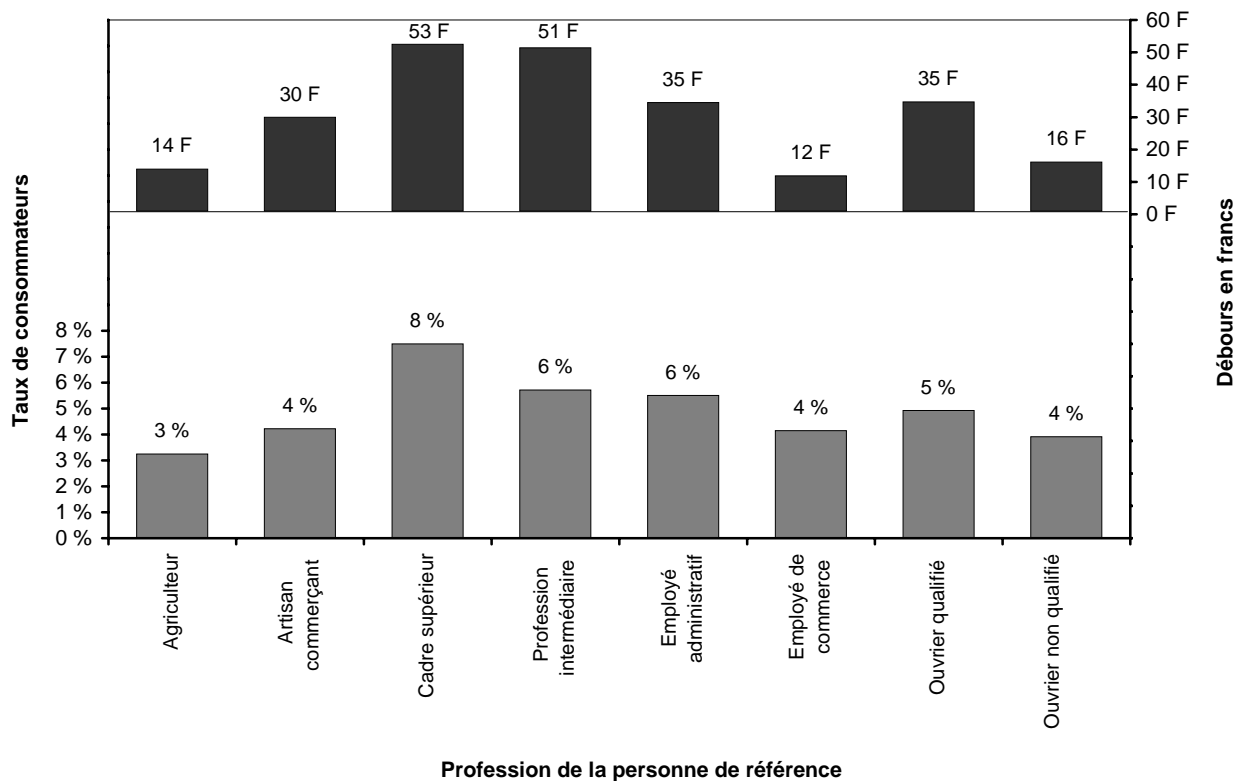
Cette importance de la charge financière conduit à observer une forte croissance du recours au dentiste et surtout du débours quand augmente le revenu par unité de consommation (cf. graphique 81).

3.3.3. Les ménages d'ouvrier et d'agriculteur ont le moins souvent recours au dentiste

Ce sont les membres des ménages dont la personne de référence est ouvrier non qualifié, employé de commerce ou agriculteur qui ont le moins souvent recours au dentiste et qui déboursent le moins pour ces soins alors que les membres des ménages dont la personne de référence est cadre ont le plus souvent recours au dentiste et déboursent le plus (cf. graphique 82).

On observe également un gradient du recours au dentiste avec le niveau d'études. Alors que les personnes très peu diplômées sont 4 % à aller voir le dentiste, les individus avec un niveau d'études supérieures sont 7 %. Les débours sont également croissants avec le niveau d'études. Ceci est confirmé après ajustement sur l'âge et le sexe.

Graphique 82
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le milieu social
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

3.4. Les différents modes de recours au médecin

Le dispositif “médecin référent” est proposé par la convention médicale aux médecins généralistes conventionnés. Ce dispositif a pour objectif de privilégier la relation médecin – patient et ainsi d’améliorer la continuité des soins et la coordination des différents intervenants. Il place le médecin généraliste au centre du système de santé. Le patient s’engage alors à consulter en priorité ce médecin et en contre partie, ne paie qu’une partie du prix de la consultation.

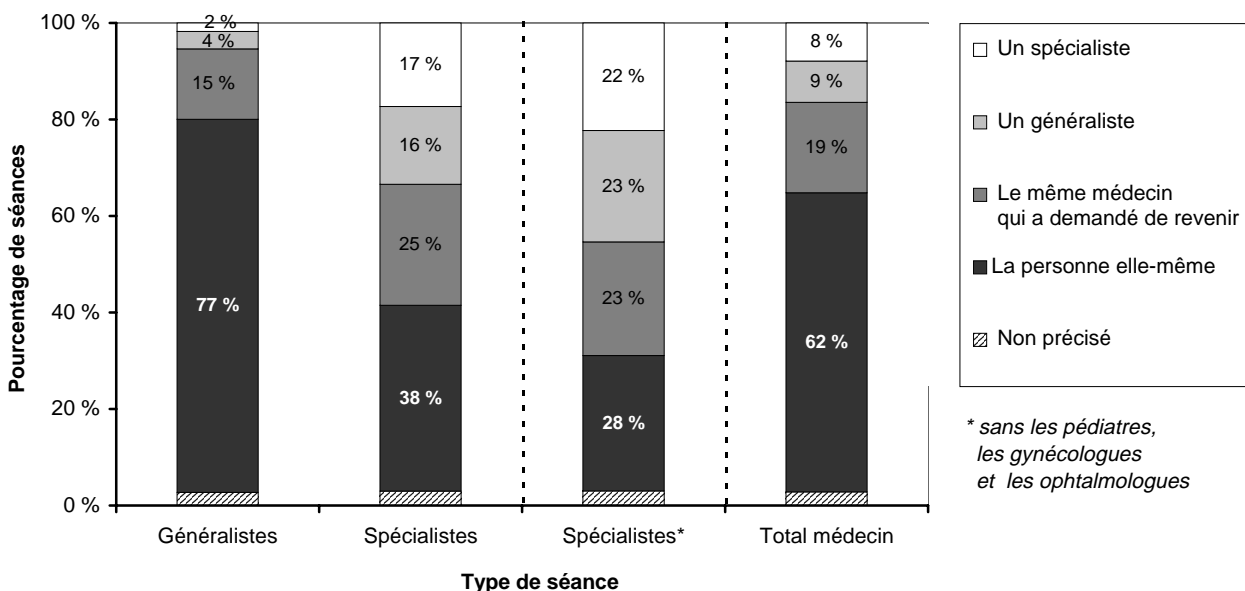
Parmi les personnes qui ont entendu parler de ce dispositif (33 %), seul 2 % déclarent avoir signé un contrat de suivi médical avec un médecin généraliste. Une grande majorité des personnes n’ayant pas signé ce contrat disent qu’elles ont déjà un généraliste habituel et que ce dernier ne leur a pas proposé. Effectivement, à la question “avez-vous un généraliste habituel”, 89 % répondent par l’affirmatif. Ce sont les jeunes de 20 à 29 ans qui déclarent le moins souvent avoir un généralistes habituel (81 %), à l’inverse les individus de moins de 20 ans ainsi que les plus de 50 ans sont plus de 90 % à avoir leur généraliste.

Nous avons alors voulu savoir si ce généraliste habituel oriente ses patients vers les spécialistes. Ainsi, pour chaque séance déclarée dans le carnet de soins, il est demandé à l’enquêté “qui lui a conseillé la séance ?”. Cinq choix lui sont alors proposés : lui-même, le même médecin qui lui a demandé de revenir, un généraliste, un spécialiste ou une autre personne⁷⁰.

Alors que 77 % des séances de généraliste se font à l’initiative des patients seuls, ce taux n’est que de 38 % pour les séances de spécialiste. Toutefois, le recours au spécialiste à l’initiative des patients varie fortement selon la spécialité. Ainsi, l’accès direct aux cardiologues, aux chirurgiens et aux radiologues est très peu fréquent ; à l’opposé, les trois-quarts des recours aux pédiatres se font à l’initiative des parents de l’enfant. Le recours direct représente 65 % des séances de dermatologue, 59 % des séances d’ophtalmologue et 47 % des séances de gynécologue et/ou obstétricien.

Parmi les séances de spécialiste, certaines correspondent à des patients ayant consulté le spécialiste à la demande du généraliste (16 %), et d’autres sont plus souvent motivées par le spécialiste lui-même qui, soit demande à son patient de revenir (25 %), soit l’adresse à un autre spécialiste (17 %) (cf. graphique 83 et Rapport annexe tableau 62).

Graphique 83
Répartition des séances selon les personnes qui les ont conseillées
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

⁷⁰ Les données chiffrées sont à prendre comme des ordres de grandeur et non comme des résultats précis. En effet, il est souvent difficile pour le patient de répondre très précisément à la question. Ainsi, en est il par exemple du médecin qui invite son patient à revenir le consulter si son état ne s’améliore pas. Que répondra le patient ?

4. Biens médicaux

4. La consommation de biens médicaux en 2000

Le terme de biens médicaux recouvre les produits pharmaceutiques et les appareils, accessoires et pansements, qu'ils soient prescrits ou non, acquis pour des personnes individualisables ou acquis pour plusieurs personnes du ménage.

On entend par consommation le fait d'acheter ou de recevoir à titre gracieux (échantillon) l'un de ces produits, qu'il y ait débours ou non.

Les produits acquis pour une personne précise du ménage engendrent une dépense en biens médicaux de 146 francs par personne durant le mois d'enquête : 119 francs sont liés à l'achat de produits pharmaceutiques, et 26 francs à l'achat d'appareils, accessoires et pansements. Par ailleurs, les produits acquis pour plusieurs personnes du ménage représentent une dépense mensuelle d'environ 1 franc par personne.

4.1. La consommation pharmaceutique

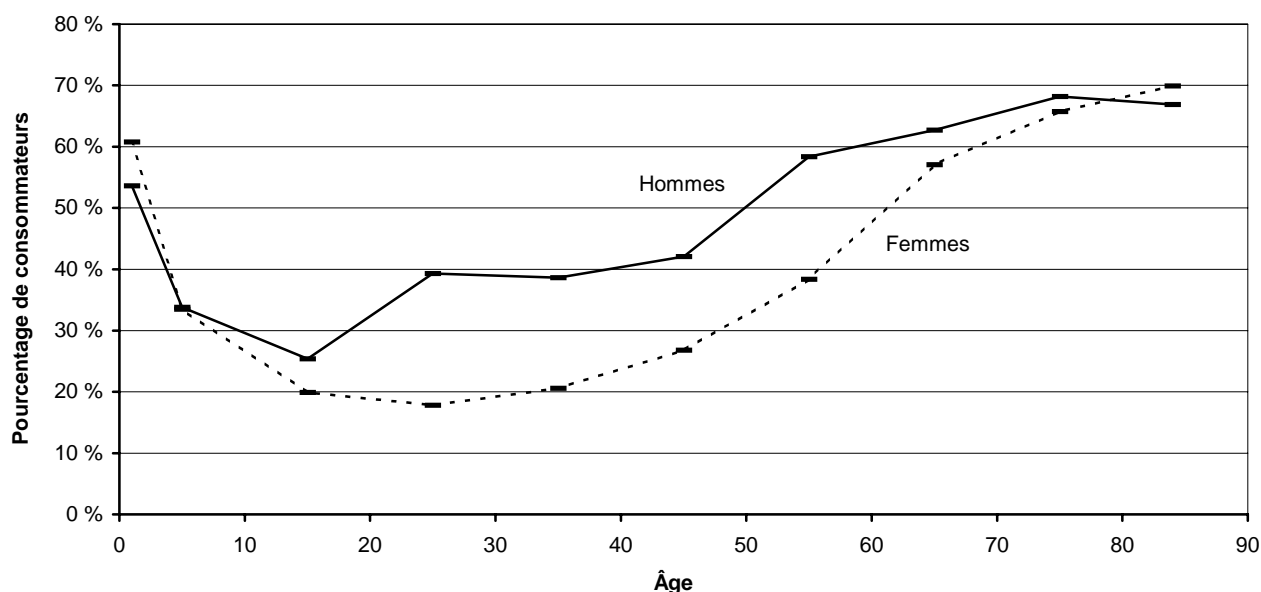
4.1.1. Le taux de consommateurs

38,5 % des personnes interrogées consomment au moins un médicament au cours du mois d'enquête (cf. Rapport annexe tableau 63).

Tous âges confondus, la proportion de consommateurs est plus élevée chez les femmes (44 %) que chez les hommes (32 %). Ce taux varie avec l'âge : très élevé pour les bébés (57 %), il diminue pour les enfants de moins de 10 ans (34 %) et ceux de 10 à 19 ans (23 %). A partir de 20 ans, le taux de consommateurs augmente avec l'âge pour atteindre 68 % chez les 80 ans et plus.

Les taux de consommateurs les plus faibles s'observent pour les femmes entre 10 et 19 ans (25 %) et pour les hommes entre 20 et 29 ans (18 %). Au-delà de 39 ans, le taux de consommateurs des hommes augmente régulièrement avec l'âge. Chez les femmes, l'allure générale de la courbe est à la hausse avec un pic entre 20 et 39 ans correspondant à la période de la maternité (cf. graphique 84). Sauf aux âges extrêmes, le taux de consommateurs des femmes est toujours supérieur à celui des hommes.

Graphique 84
Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois, selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Au total, cette courbe du taux de consommateurs de pharmacie, a un profil proche de celle du taux de consommateurs de séances de médecins.

- ◆ Le taux de consommateurs de pharmacie est identique à âge et sexe comparables chez les actifs occupés et les chômeurs

37 % des chômeurs et 33,5 % des actifs consomment au moins un produit pharmaceutique en un mois. Après correction de l'influence de l'âge et du sexe, les taux sont similaires.

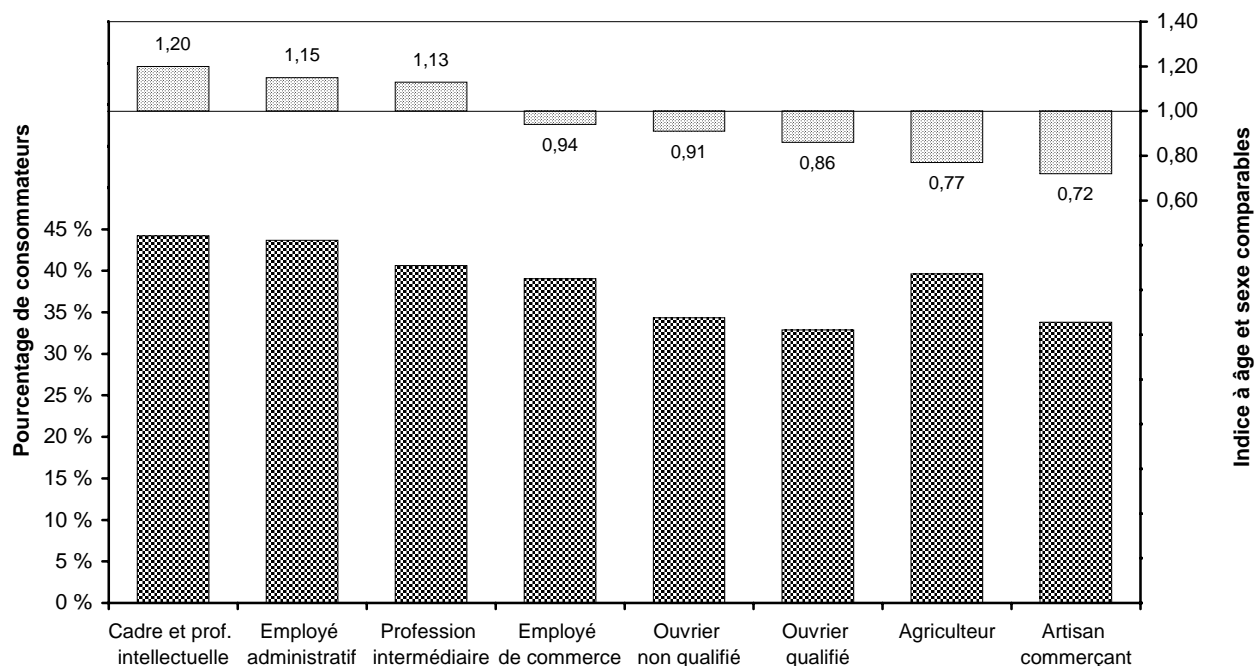
Les consommateurs de pharmacie sont 63 % parmi les retraités, 50 % parmi les femmes au foyer, 53 % parmi les autres inactifs et 30 % parmi les étudiants, les élèves ou les enfants.

- ◆ Les taux de consommateurs les plus faibles sont relevés dans les ménages d'artisan-commerçant et d'ouvrier

41 à 44 % des personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence est cadre supérieur, employé administratif ou exerce une profession intermédiaire consomment de la pharmacie en un mois ; à âge et sexe comparables ces personnes restent celles qui recourent le plus souvent à la pharmacie. A l'opposé, la proportion de consommateurs est, tant en valeur qu'en indice, notablement plus faible dans les ménages d'artisan-commerçant et d'ouvrier, puisque seuls 33 à 34 % d'entre eux ont recours au médicament en un mois.

Les personnes vivant dans un milieu d'agriculteur et d'employé de commerce, qui ont des taux de consommateurs légèrement supérieurs à la moyenne, ont, après correction des effets de l'âge et du sexe, des indices inférieurs à la moyenne, respectivement 0,77 et 0,94 (cf. graphique 85).

Graphique 85
Taux de consommateurs de pharmacie en un mois et indices à âge et sexe comparables,
selon le milieu social
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ Le recours au médicament est d'autant plus faible que le niveau d'études est bas, du moins à âge et sexe comparables

En valeur absolue, les taux de consommateurs les plus élevés s'observent pour les personnes dont le niveau d'études correspond ou est inférieur à l'école primaire. En fait, l'âge élevé de ces personnes explique ces taux, puisqu'à âge et sexe comparables, ils ont les taux de consommateurs les plus bas. Les personnes ayant un niveau d'études correspondant au collège ont simultanément le plus faible taux de consommateurs (37 %) et un indice situé en dessous de la moyenne. Par contre, les enquêtés de niveau bac ou lycée et ceux ayant poursuivis des études supérieures ont un taux de consommateurs plus élevé que la moyenne (43 et 42 %) ; après correction de l'influence de l'âge et du sexe, les indices de consommation se situent respectivement à 1,11 et 1,19.

- ◆ Plus la taille du foyer est importante, plus le taux de consommateurs de pharmacie est bas.

Le taux de consommateurs de pharmacie diminue lorsque la taille du ménage augmente : il passe de 55 % pour les foyers d'une personne à 22 % pour les foyers de six personnes et plus. Les indices à âge et sexe comparables confirment que cette baisse n'est pas liée à une variation des structures par âge et sexe selon la taille du ménage. Cette baisse de la consommation pharmaceutique en fonction de la taille du ménage s'observe aussi bien chez les adultes que chez les enfants.

- ◆ Les enfants vivant dans des familles monoparentales consomment moins souvent de pharmacie

Les taux de consommateurs varient relativement peu entre adultes vivant avec des enfants, que se soit en couple ou dans des familles monoparentales. La différence est par contre notable chez les enfants. En effet, le taux de consommateurs de pharmacie des enfants vivant dans les familles monoparentales est notablement plus faible, tant en valeur qu'en indice, 21 % versus 32 % pour les enfants vivant dans les ménage comportant un couple.

- ◆ Naturellement, le taux de consommateurs de pharmacie est beaucoup plus élevé chez les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale

69 % des malades exonérés du ticket modérateur pour raison médicale acquièrent au moins un produit pharmaceutique en un mois contre 36 % des personnes non exonérées pour raison médicale. A âge et sexe comparables, cet écart reste pratiquement le même.

- ◆ A l'opposé, les personnes exonérées pour des motifs sociaux consomment moins souvent de pharmacie.

Parmi les personnes déclarant bénéficier de la CMU ou de l'AMG (et qui de fait sont exonérées du ticket modérateur), les taux de consommateurs sont inférieurs à 33 %, alors qu'ils sont voisins de 39 % parmi les non bénéficiaires. Parmi les personnes vivant du RMI, le taux de consommateurs est voisin de 31 %. Ces écarts restent comparables après correction des effets de l'âge et du sexe.

- ◆ Les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire maladie sont moins souvent consommatrices de pharmacie.

39 % des personnes déclarant disposer d'une couverture complémentaire ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois ; elles sont seulement 29 % lorsqu'elles n'en disposent pas. L'effet de la couverture complémentaire s'observe aussi bien chez les personnes exonérées du ticket modérateur que chez les autres. Ainsi, parmi les personnes exonérées et à âge et sexe comparables, l'indice du taux de consommateurs de pharmacie est multiplié par 1,6 pour les personnes déclarant disposer d'une complémentaire maladie. Parmi les non exonérées cet indice est multiplié par 1,7.

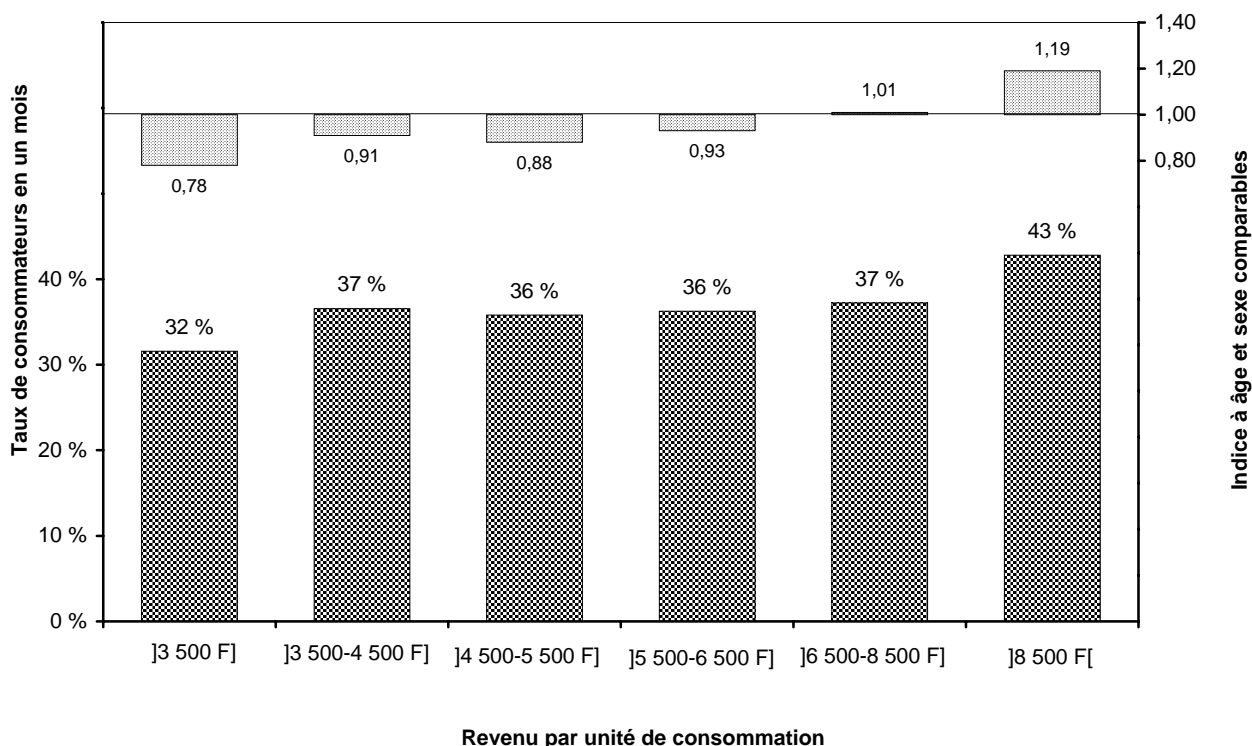
- ◆ Le taux de consommateurs de pharmacie est notablement plus faible chez les personnes déclarant être affiliées au régime des professions indépendantes (CANAM ou AMPI).

33 % des personnes affiliées au régime des professions indépendantes consomment de la pharmacie en un mois contre 39 % des bénéficiaires du régime général et 40 % des personnes affiliées à la MSA. Si à âge et sexe comparables, les personnes affiliées au régime des professions indépendantes restent celles qui ont le moins recours à la pharmacie (indice 0,69), ce sont les personnes affiliées au régime général qui sont les plus fortes consommatrices de pharmacie (indice 1,02). Les ressortissants de la MSA, qui sont particulièrement âgés, ont en fait, par rapport à leur âge, un taux de consommateurs limité (indice 0,83).

- ◆ Le taux de consommateurs de pharmacie augmente très sensiblement avec le niveau du revenu par unité de consommation.

32 % des personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 francs par mois consomment de la pharmacie en un mois (cf. graphique 86). Ce pourcentage atteint 43 % chez les personnes disposant de plus de 8 500 francs par mois. Pour les revenus compris entre ces deux extrêmes, le taux de consommateurs est à peine inférieur à la moyenne puisqu'il est compris entre 36 % et 37 %. Le fait de corriger ces taux de l'effet de la structure par âge et sexe accroît encore l'écart existant entre les extrêmes.

Graphique 86
Taux de consommateurs de pharmacie en un mois et indice à âge et sexe comparables,
selon le niveau du revenu par unité de consommation



Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ La proportion de consommateurs augmente quand l'état de santé se dégrade.

Le taux de consommateurs de pharmacie est 2,7 fois plus élevé chez les personnes présentant un risque important sur le plan vital que chez celles n'ayant aucun indice péjoratif sur le plan vital. Ce taux de consommateurs est également lié au degré d'invalidité, puisqu'il passe de 24 % chez les personnes n'ayant aucune gêne ou une gêne infime à 67 % chez les personnes ayant une activité restreinte. Malgré la forte liaison âge - dégradation de l'état de santé, les écarts observés persistent à âge et sexe comparables. De la même manière, plus les enquêtés se perçoivent en mauvaise santé plus le taux de consommateurs augmente.

4.1.2. Dépenses, débours et quantités acquises

(cf. Rapport annexe tableaux 64, 65 et 66)

Depuis quelques années sont apparus sur le marché officinal des médicaments très onéreux, correspondant soit des produits nouveaux, soit à des produits qui étaient antérieurement distribués par les pharmacies des hôpitaux. Lors des enquêtes précédentes, ces produits ne concernaient en général qu'un ou deux enquêtés ; pour éviter de perturber les moyennes, nous informions le lecteur que ces personnes étaient exclues du calcul des dépenses. En 2000, le nombre de personnes concernées par ce type de prescription s'est accru de manière très importante, et il ne nous est plus possible de les exclure, car cela tendrait à fausser les résultats. De ce fait, l'analyse des dépenses à un niveau détaillé peut s'en trouver perturbé. Il suffit en effet que 2 personnes appartenant à une catégorie particulière consomment par exemple des antirétroviraux pour que la dépense moyenne de cette catégorie augmente de manière considérable (même si les effectifs sont supérieurs à 500 personnes). Les résultats sur les dépenses doivent donc être interprétés avec prudence.

En moyenne, chaque personne déclare avoir acquis en un mois 2,1 conditionnements de produits pharmaceutiques, dont 1,9 a été prescrit.

La dépense moyenne de pharmacie par personne (cf. Glossaire) est de 119 francs par mois, 113 francs pour les produits prescrits et 5 francs pour les produits non prescrits. Le débours mensuel (cf. Glossaire) est en moyenne de 25 francs par personne, soit 21 % de la dépense. Le prix moyen d'un conditionnement est de 58 francs.

Comme pour les séances de médecins (cf. encadré page 103), les montants déclarés pour la pharmacie sont sous-estimés (cf. Annexe, chapitre B.2 p. 174). Ce sont donc les écarts entre les différentes valeurs des variables étudiées qui seront à prendre en compte, plutôt que les valeurs absolues déclarées.

- ◆ Chez les adultes, débours, dépenses, et quantités acquises augmentent avec l'âge et sont plus élevés pour les femmes.

Le nombre moyen d'unités (de boîtes) achetées par personne en un mois est minimum (0,9) pour les 10-19 ans. Il augmente ensuite régulièrement avec l'âge pour atteindre 5,4 pour les 80 ans et plus. Les nourrissons sont également de forts consommateurs avec en moyenne 3 unités acquises par mois.

Chez les moins de 16 ans le prix moyen du conditionnement est de 36 francs. Il atteint 52 francs chez les 16-39 ans, 66 francs chez les 40-64 ans puis baisse légèrement pour les personnes plus âgées, 61 francs.

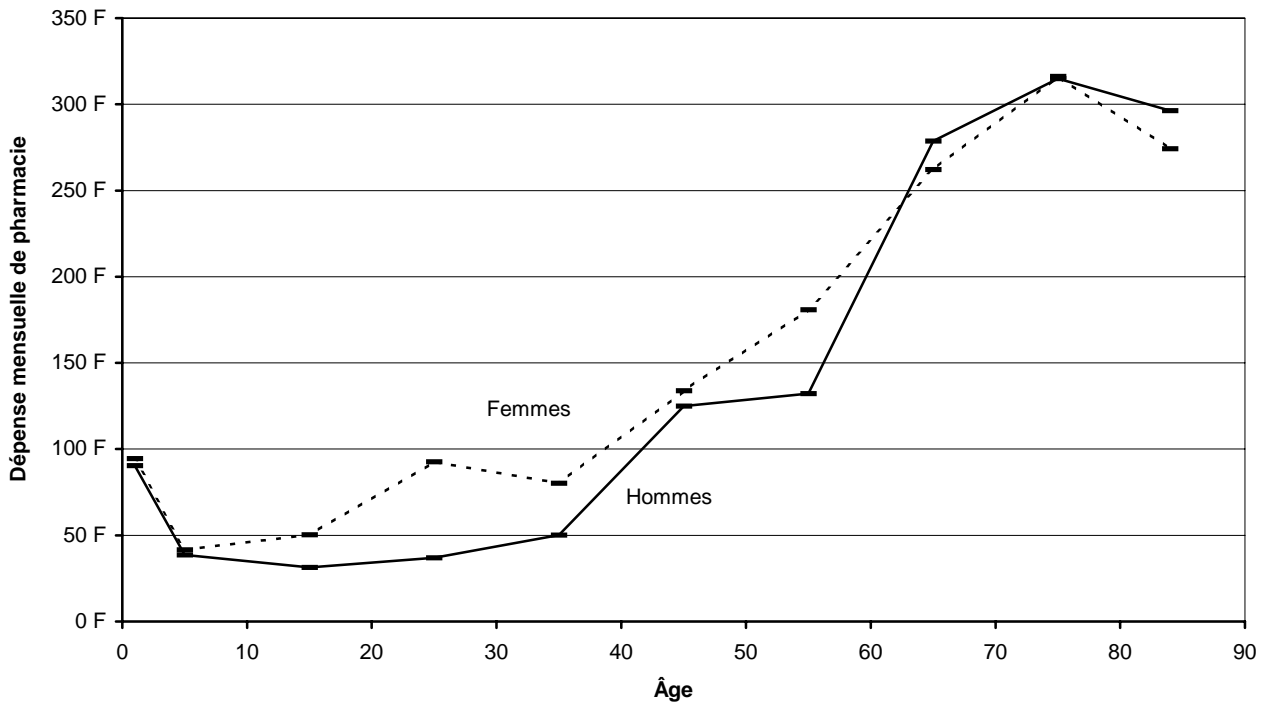
Dans l'enquête, la dépense moyenne par personne pour les 65 ans et plus représente presque 7 fois celle d'un enfant, 5 fois celle d'un adulte jeune et 2 fois celle des 40-64 ans.

Le débours par personne augmente lui aussi avec l'âge ; il est 4 fois plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus que chez les enfants de moins de 16 ans.

Les femmes achètent en moyenne 2,5 conditionnements de produits pharmaceutiques par personne et par mois et les hommes, 1,6. Le prix moyen du conditionnement est notablement plus faible chez les femmes que chez les hommes, respectivement 53 francs et 66 francs. La dépense mensuelle de pharmacie par personne est plus élevée de 25 % chez les femmes que chez les hommes et le débours 1,5 fois plus élevé.

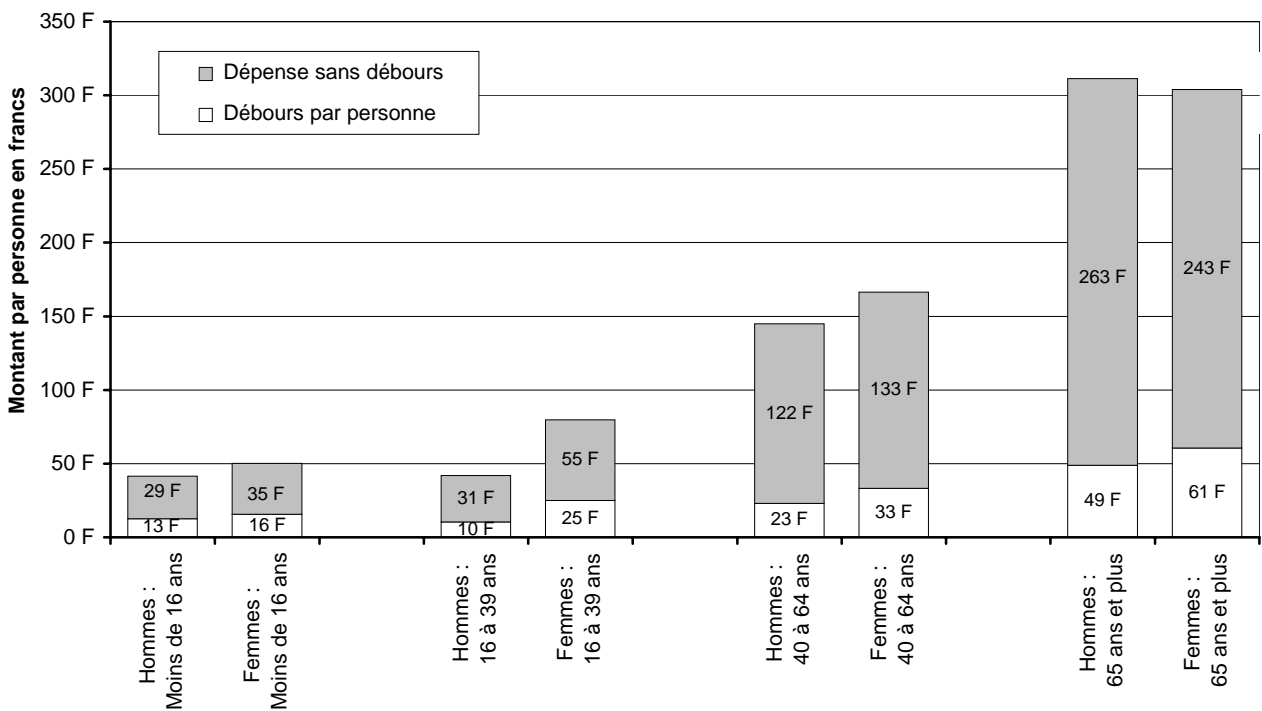
Entre 16 et 59 ans, les femmes dépensent notablement plus pour l'acquisition de produits pharmaceutiques que les hommes (cf. graphique 87). A partir de 60 ans la dépense de pharmacie est peu différente selon le sexe, et la courbe notablement plus chaotique.

Graphique 87
Dépense mensuelle de pharmacie observée par personne,
selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 88
Décomposition de la dépense pharmaceutique par personne en un mois,
en fonction du débours et du non débours et selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La part du débours dans la dépense décroît quand l'âge augmente. Il représente 31 % de la dépense pour les moins de 16 ans, 29 % pour les 16-39 ans, puis diminue sensiblement pour atteindre 18 % chez les 40-64 ans et chez les 65 ans et plus. Malgré cette baisse de la part du débours dans la dépense avec l'âge, notons que le montant directement payé par les personnes âgées au pharmacien est 2,2 fois plus élevé que le débours moyen de l'ensemble de la population (cf. graphique 88).

◆ Une consommation de médicaments plus élevée chez les chômeurs

La dépense de pharmacie par personne des chômeurs est plus élevée de 40 % par rapport à celle des actifs occupés (36 % à âge et sexe comparables). Cette importante différence tient notamment au prix moyen du conditionnement, plus élevé de 24 %.

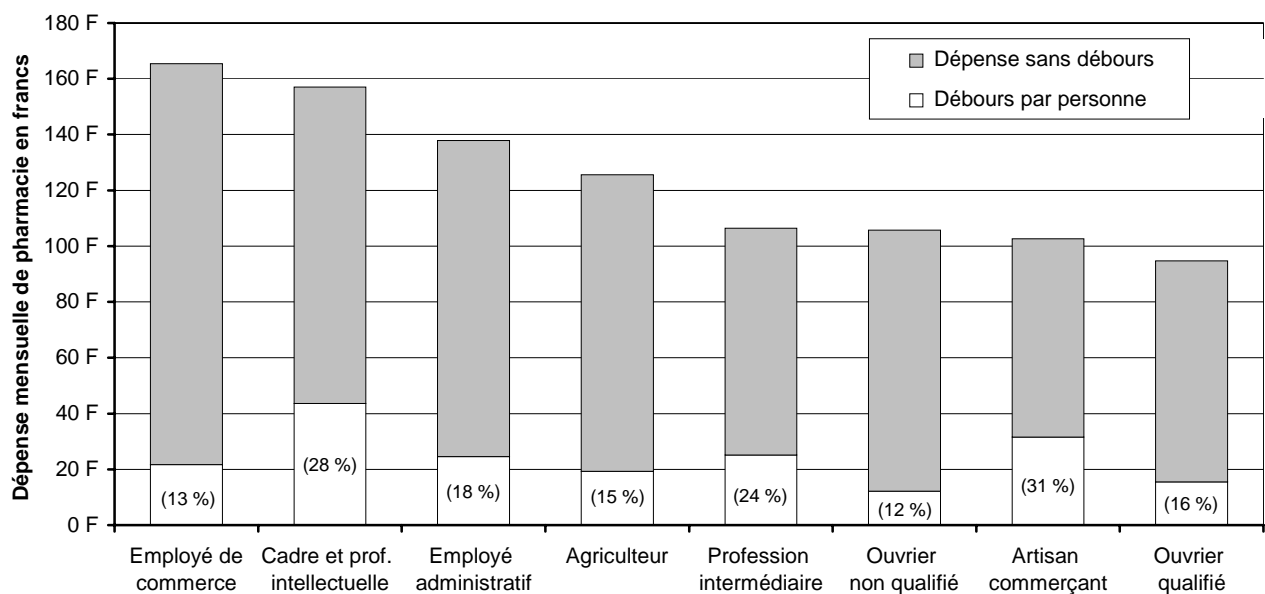
◆ Les ménages d'artisan - commerçant et d'ouvrier consomment moins de pharmacie

Les dépenses de pharmacie les plus élevées par personne, tant en valeur qu'en indice, s'observent dans les milieux de cadre supérieur et d'employé. Toutefois parmi ces derniers, la dépense des employés de commerce est notablement plus élevée que celle des employés administratifs (+ 20 % en valeur et + 18 % en indice) (cf. graphique 89).

A l'opposé, les dépenses les plus faibles sont relevées pour les personnes vivant dans les ménages d'artisan - commerçant et d'ouvrier. A âge et sexe comparables, les dépenses des personnes vivant dans un milieu d'artisan - commerçant sont les plus faibles (0,74), celles des ouvriers qualifiés sont inférieures à la moyenne (0,89) et celles des ouvriers non qualifiés sont moyennes. Les personnes vivant dans un milieu d'agriculteur sont particulières, puisqu'elles ont une dépense légèrement supérieure à la moyenne, mais que, à âge et sexe comparables, leur indice de dépense est très faible (indice 0,74).

Quant au débours, il varie de manière nette avec la catégorie sociale. Le débours représente 31 % de la dépense des personnes vivant dans un ménage d'artisan - commerçant, 28 % pour les ménages de cadre supérieur et 24 % pour ceux de profession intermédiaire. A l'opposé, il représente seulement 12 % de la dépense chez les ouvriers non qualifiés, 13 % chez les employés de commerce et 15 % chez les agriculteurs.

Graphique 89
Débours et dépense mensuelle de pharmacie par personne selon le milieu social
 (entre parenthèses figure la part du débours dans la dépense)
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ A âge et sexe comparables, la dépense de pharmacie des personnes disposant d'un niveau d'études supérieur au bac est plus importante

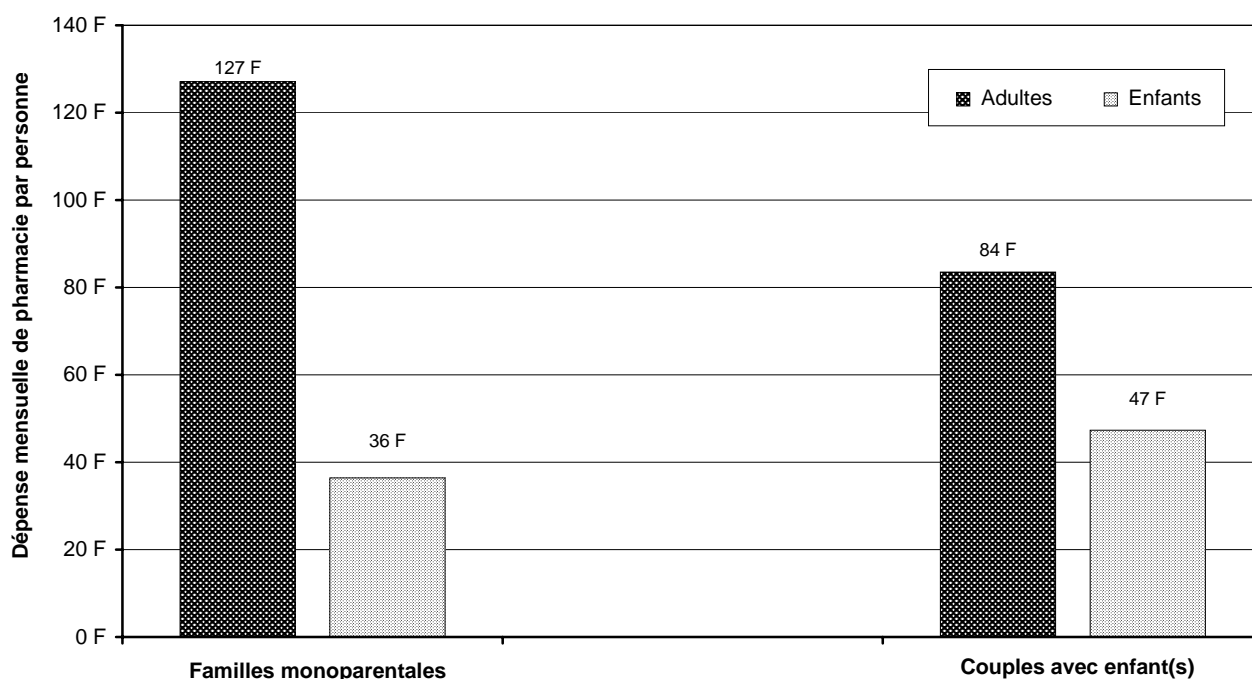
A âge et sexe comparables, les plus faibles dépenses de pharmacie, tant en valeur qu'en indice, s'observent chez les enquêtés qui ont un niveau d'études correspondant au collège (indice 0,86). A l'opposé, les personnes ayant suivi des études supérieures génèrent les plus fortes dépenses (indice 1,24). Quant aux personnes dont le niveau d'études correspond à l'école primaire, leur dépense est, du fait de leur âge, 2 fois plus élevée que la moyenne, mais à âge et sexe comparables elle est moyenne (indice 1,02).

- ◆ Plus la taille du foyer augmente plus la dépense moyenne de pharmacie par personne tend à diminuer
- Cette tendance se vérifie tant en valeur qu'en indice, et pour les adultes comme pour les enfants.

- ◆ Une dépense de pharmacie beaucoup plus élevée pour les adultes des familles monoparentales

La dépense de pharmacie par personne dans les familles monoparentales est supérieure de 25 % à celle observée dans les ménages composés d'un couple avec enfants. Cet écart s'explique uniquement par la consommation moitié plus importante des adultes des familles monoparentales ; en effet, dans ces familles, la dépense de pharmacie des enfants est inférieure d'un quart à celle observée chez les enfants vivant dans un ménage comportant un couple.

Graphique 90
Dépense mensuelle de pharmacie par personne dans les familles monoparentales
et les familles comportant un couple avec enfant(s)
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ Les malades exonérés du ticket modérateur ont, comme on pouvait s'y attendre, une dépense de pharmacie très élevée.

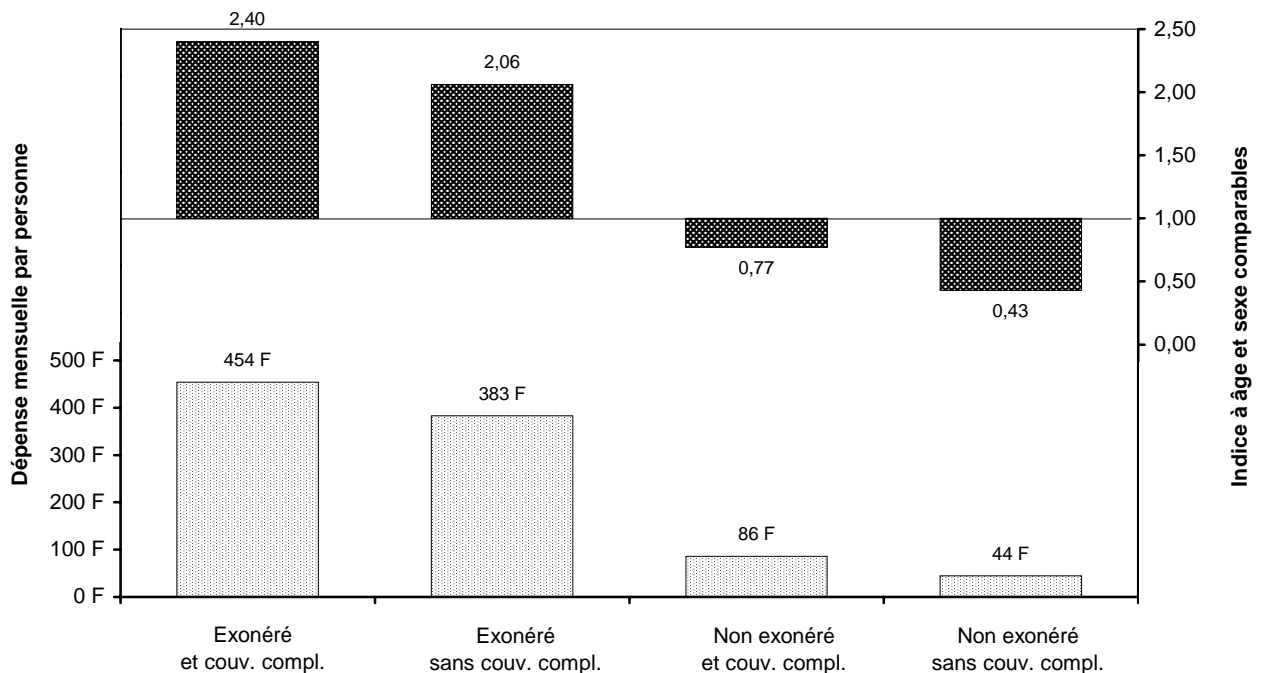
Les malades exonérés du ticket modérateur pour raison médicale consomment en moyenne 6,1 conditionnements par mois et les personnes non exonérées 1,7. Les prix moyens des conditionnements acquis sont de 86 francs chez les personnes exonérées pour raison médicale et de 49 francs pour les autres. La conjonction de ces deux phénomènes conduit à une dépense mensuelle par personne 6 fois plus élevée chez les enquêtés exonérés pour raison médicale que chez les autres.

- ◆ Les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire dépensent moins en médicament.

Les enquêtés déclarant disposer d'une couverture complémentaire consomment en moyenne 2,1 conditionnements de produits pharmaceutiques par personne et par mois, alors que celles qui n'en ont pas en consomment 1,5. Le prix moyen du conditionnement pour les personnes sans couverture complémentaire étant plus élevé, leur dépense par personne et par mois n'est inférieure que de 11 % à la dépense des personnes bénéficiaires d'une couverture complémentaire, et ce aussi bien en valeur qu'en indice.

Le fait de déclarer ne pas disposer d'une couverture complémentaire maladie semble freiner la consommation de pharmacie chez les personnes non exonérées du ticket modérateur et dans une moindre mesure chez les personnes exonérées (cf. graphique 91). Parmi les personnes non exonérées du ticket modérateur, celles qui bénéficient d'une couverture complémentaire maladie ont, une dépense de pharmacie 2 fois plus élevée que celles qui n'en ont pas. L'écart est beaucoup moins important chez les personnes non exonérées puisque celles qui disposent d'une complémentaire ont une dépense plus élevée mais de seulement 19 %.

Graphique 91
Dépense mensuelle de pharmacie par personne et indice à âge et sexe comparables,
selon le niveau de couverture sociale
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ Les personnes vivant du RMI ou bénéficiant de la CMU consomment moins de pharmacie.

La dépense de pharmacie des personnes disposant de la CMU est inférieure de 36 % à celles des autres enquêtés. A âge et sexe comparables, l'écart se réduit mais reste notable (indice 0,87 et 1,00). Chez les bénéficiaires du RMI cet écart est encore plus marqué puisque leur dépense pharmaceutique par personne est inférieure de 44 % à celle relevée chez les non bénéficiaires (indice 0,85 et 1,00).

Le prix moyen du conditionnement acquis par les personnes vivant du RMI ou disposant de la CMU est inférieur d'environ 25 % à celui des autres personnes, mais ces personnes sont aussi plus jeunes, ce qui réduit cet écart à âge et sexe comparables.

Le nombre moyen de conditionnements acquis par les personnes bénéficiant de la CMU est de 1,8 versus 2,1. A âge et sexe comparables, il n'y a plus de différence notable, ce qui signifie que le nombre de conditionnements acquis par consommant CMUiste est plus élevé que celui acquis par le reste des consommateurs, puisque le taux de consommateurs des bénéficiaires de la CMU est notablement plus faible que celui du reste de la population.

Au total, la moindre dépense observée chez les bénéficiaires de la CMU provient donc pour l'essentiel d'un moindre taux de recours au médicament, et de manière moins marquée de l'acquisition de médicaments un peu moins onéreux.

Des résultats comparables sont obtenus chez les personnes vivant du RMI.

- ◆ Les personnes bénéficiaires du régime des professions indépendantes consomment moins de pharmacie.

En valeur comme en indice, les personnes bénéficiaires du régime des professions indépendantes consomment moins de conditionnements de pharmacie et engendrent une dépense de pharmacie par personne moins élevée (104 francs et indice 0,71) que les enquêtés affiliés au régime général (119 francs et indice 1,04) ou au régime de la MSA (140 francs et indice 0,86). En revanche, leur débours est plus important que celui observé pour les autres régimes puisqu'il représente le tiers de la dépense engendrée, alors qu'il n'est que de 21 % de la dépense pour les personnes affiliées au régime général et de 14 % pour les bénéficiaires de la MSA.

- ◆ La dépense pharmaceutique tend à augmenter avec le niveau du revenu par unité de consommation.

Contrairement aux années précédentes la dépense de pharmacie par personne n'augmente pas de manière aussi régulière avec le niveau de revenu par unité de consommation⁷¹. En effet, à âge et sexe comparables ce ne sont pas les enquêtés aux revenus les plus bas qui consomment le moins mais ceux ayant un revenu par unité de consommation compris entre 4 500 et 5 500 francs (indice 0,90). Au delà de 5 500 francs de revenu par UC, à âge et sexe comparables, les dépenses sont proches quel que soit le niveau du revenu, et légèrement supérieures à la moyenne (indices 1,06). Par contre, il apparaît clairement que le débours des personnes les plus aisées (plus de 8 500 francs par UC) est notablement plus élevé que la moyenne, qu'il dépasse d'un tiers, tant en valeur qu'en indice.

- ◆ La consommation pharmaceutique est étroitement liée à l'état de santé des personnes.

La dépense mensuelle en produits pharmaceutiques est 15 fois plus importante chez les personnes présentant un risque vital important que chez celles n'ayant aucun risque sur le plan vital. A âge et sexe

⁷¹ Notons que l'échelle a changée : antérieurement nous utilisons l'échelle d'Oxford, et nous sommes passés à l'échelle utilisée pour le calcul des seuils de la CMU (cf. glossaire).

comparables l'écart se réduit mais reste très important, puisque les indices sont respectivement de 2,37 et de 0,56.

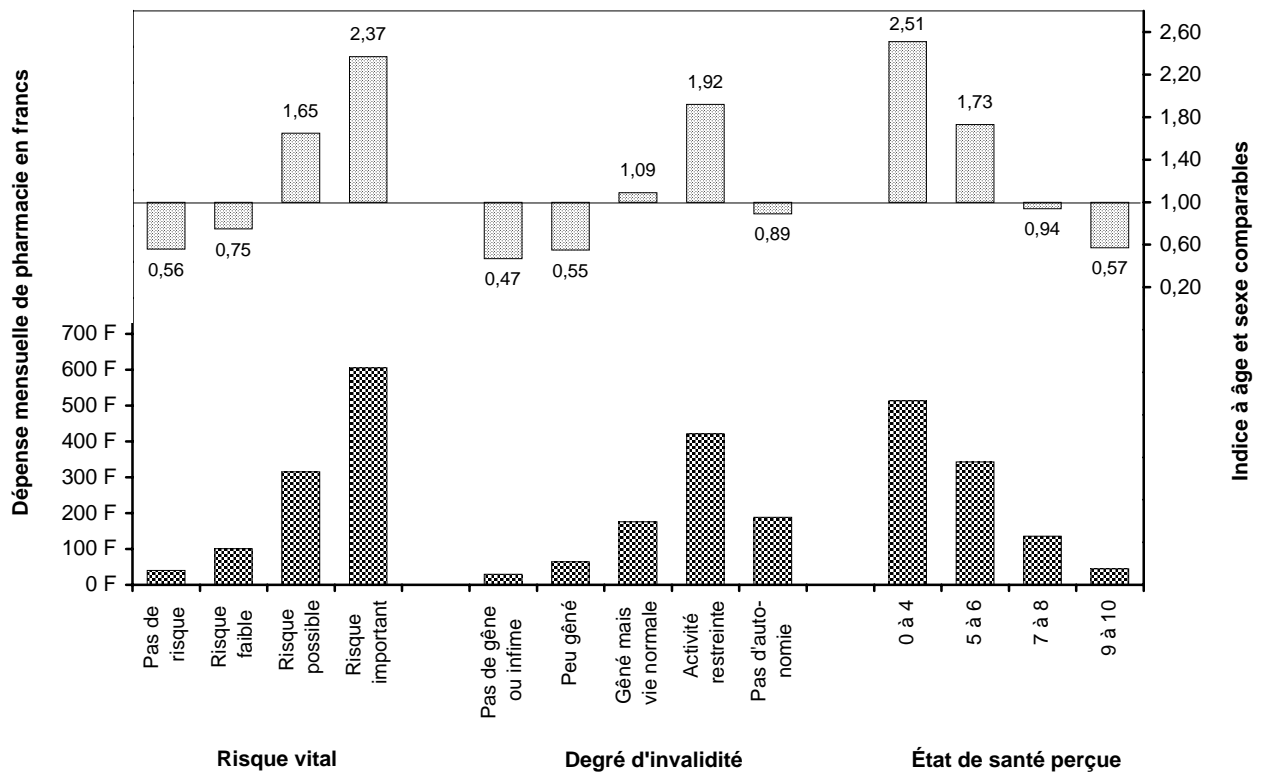
L'écart est également très important sur le plan de l'invalidité, puisque les personnes n'ayant plus qu'une activité restreinte ou réduite dépensent 14 fois plus en produits pharmaceutiques que les personnes n'ayant aucune gêne. A âge et sexe comparables les indices respectifs sont de 1,92 et 0,47. On notera que les dépenses des personnes sans aucune autonomie sont relativement faibles, mais les effectifs étant limités ce résultat est peu fiable.

Par ailleurs, que ce soit en valeur ou en indice, plus les enquêtés estiment que leur état de santé est dégradé, plus leur consommation pharmaceutique augmente.

L'augmentation de la dépense de pharmacie en fonction de l'aggravation du risque vital et de l'invalidité s'observe à tous les âges (cf. Rapport annexe tableau 67).

Il est intéressant de souligner que le prix moyen du conditionnement croît régulièrement avec le niveau du risque vital, avec le degré d'invalidité comme avec la note perceptuelle de l'état de santé. A titre d'exemple, ce prix passe de 36 francs pour les personnes ne présentant aucun risque vital à 80 francs pour celles dont le risque vital est important. Parallèlement, il passe de 34 francs pour les personnes n'ayant aucune gêne à 73 francs pour celles dont l'activité est restreinte ou réduite. Au total, on peut donc dire qu'en moyenne, les médicaments les plus chers à l'unité sont prescrits pour les patients dont l'état de santé est le plus altéré (cf. graphique 92).

Graphique 92
Dépense mensuelle de pharmacie par personne et indice à âge et sexe comparables,
selon le niveau du risque vital, de l'invalidité et de l'état de santé perçue
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Une nouvelle mesure de la consommation pharmaceutique

Dans l'Enquête annuelle du CREDES sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), nous disposons de deux types de mesure de la consommation pharmaceutique.

- La première, prospective, relève les acquisitions et repose sur le remplissage d'un carnet de soins au cours d'une période d'observation d'un mois. Cette méthode est la plus souvent employée pour relever la consommation dans les différentes enquêtes effectuées auprès des ménages ordinaires. Les résultats présentés dans le corps de ce rapport s'appuient d'ailleurs sur cette manière de procéder.
- La seconde, rétrospective, relève au cours des 24 heures précédant le remplissage du questionnaire les consommations effectives (réellement absorbées, ingérées, injectées ou administrées).

Une première étude réalisée à partir des données de l'enquête ESPS de 1998 a montré que cette dernière méthode permettait :

- de réévaluer l'estimation de la dépense par personne en médicaments d'environ 37%, permettant ainsi de se rapprocher des données macro-économiques disponibles ;
- de réduire la sous-estimation induite par la méthode de recueil des acquisitions sur un mois pour certaines populations fragiles, essentiellement les personnes les plus handicapées, celles en situation sociale difficile ou disposant d'une couverture sociale limitée, les ouvriers non qualifiés, les personnes aux revenus les plus faibles et celles ayant un niveau d'instruction inférieur au second cycle des études secondaires.
- de retrouver une structure de dépense de pharmacie par personne et par classe thérapeutique sensiblement identique à celle observée lors d'un relevé des acquisitions sur un mois, tout en réévaluant particulièrement certaines classes : les médicaments de l'appareil génito-urinaire, les produits du système nerveux, ceux de l'appareil locomoteur, les produits à visée hématologique et les produits cardio-vasculaires.

Les toutes premières analyses faites à partir des données de l'ESPS 2000 et issues du recueil de la consommation pharmaceutique de la veille vont dans le même sens. La réévaluation de la dépense par personne en médicament est comprise entre 40 et 50 % selon le mode de calcul utilisé. Les dépenses par personne qui sont les plus réévaluées concernent notamment les personnes de 65 ans et plus, les femmes au foyer, les employés de commerce et dans une moindre mesure les ouvriers non qualifiés, les personnes dont le niveau d'études est inférieur au lycée, les personnes dont les revenus par unité de consommation du ménage sont inférieurs à 5 500 francs par mois, les personnes vivant seules ou dans des familles monoparentales, les personnes bénéficiaires du RMI et/ou de la CMU, et dans une moindre mesure celles ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie.

Comme on peut le constater cette méthode simple, consistant à demander la liste des médicaments effectivement consommés la veille, semble faciliter les réponses des personnes les moins favorisées.

En 2002, nous abandonnerons donc le recueil des acquisitions pharmaceutiques par le carnet de soins. Toutefois, avant de pouvoir exploiter correctement les données, il sera nécessaire de faire une estimation du nombre d'unités de prise contenues dans certains types de conditionnements tels que les pommades, sprays, collyres, flacons⁷², ..., afin de pouvoir évaluer un coût journalier de traitement.

⁷² *Essentiellement des produits otologiques, ophtalmologiques, rhinologiques et dermatologiques.*

4.1.3. Les classes thérapeutiques

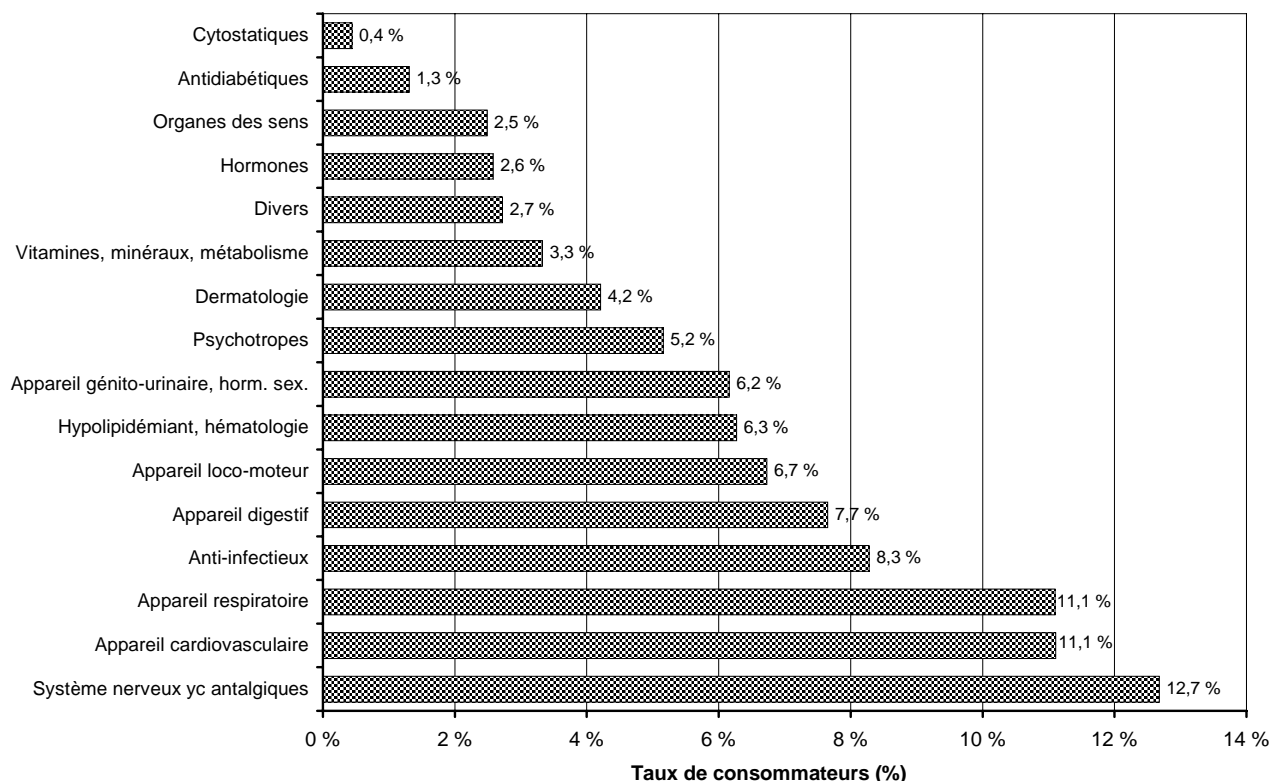
La classification utilisée est la classification EPHMRA à laquelle ont été apportées quelques modifications :

- les produits homéopathiques ont été intégrés dans la classe “ médicaments divers ”,
- les antiparasitaires (très peu nombreux) ont été regroupés avec les anti-infectieux, pour former la classe “ anti-infectieux, antiparasitaires ”,
- les médicaments antidiabétiques qui étaient en “ digestif, métabolisme ” ont été isolés, de même que les vitamines, minéraux et médicaments du métabolisme, qui forment dorénavant une classe indépendante de la classe “ appareil digestif ”. Les psychotropes ont également été isolés des autres médicaments du système nerveux central (qui sont essentiellement des analgésiques).

- ◆ Les taux de consommateurs les plus élevés concernent les analgésiques et les médicaments à visée cardio-vasculaire et respiratoire.

En un mois, 13 % des enquêtés acquièrent au moins une boîte de médicaments appartenant à la classe des “ antalgiques et médicaments du système nerveux ”, 11 % au moins un médicament à visée cardio-vasculaire et également 11 % au moins une boîte de produits à visée respiratoire (cf. graphique 93 et Rapport annexe tableau 68).

Graphique 93
Taux de consommateurs de produits pharmaceutiques en un mois
selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La consommation d'anti-infectieux concerne 8 % des enquêtés, celle des produits à visée digestive 8 % des personnes et celle des médicaments de l'appareil locomoteur 7 %. Les médicaments hypolipidémiant et à visée hématologique sont consommés par 6 % des enquêtés, ceux de l'appareil génito-urinaire par 6 % d'entre eux et les psychotropes par 5 %. Les médicaments à usage dermatologique sont consommés par 4 % des personnes et les vitamines par 4 % d'entre elles. Le taux de consommateurs le plus faible est relevé pour les médicaments cytostatiques, 0,5 %.

♦ Les médicaments cardio-vasculaires sont les plus consommés en un mois.

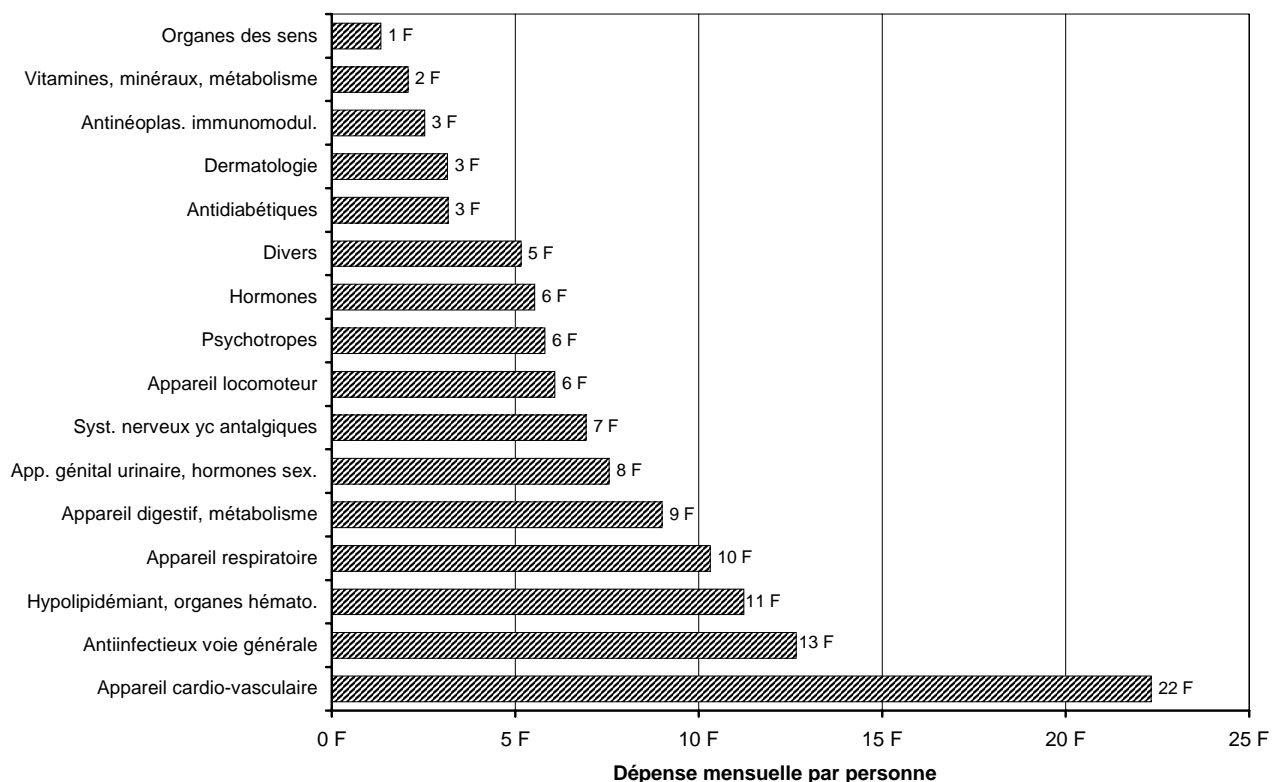
En un mois, 32 boîtes de médicaments cardio-vasculaires sont acquises par 100 personnes. Viennent ensuite les médicaments du système nerveux et les antalgiques, 26 boîtes pour 100 personnes, ceux de l'appareil respiratoire, 25 boîtes, les médicaments de l'appareil digestif, 17 boîtes et les anti-infectieux, 16 boîtes.

♦ Les médicaments à visée cardio-vasculaire engendrent la plus forte dépense de pharmacie par personne.

En 2000, 19 % de la dépense mensuelle moyenne de pharmacie par personne est liée à des médicaments cardio-vasculaires, 11 % à des médicaments anti-infectieux, 10 % à des hypolipidémiant et autres produits à visée hématologique, 9 % à des médicaments de l'appareil respiratoire et 8 % à des médicaments de l'appareil digestif. Ces cinq classes engendrent à elles seules 57 % de la dépense totale de pharmacie.

En termes financiers, la dépense par personne pour des produits à visée cardio-vasculaire est de 22 francs par mois, celle des anti-infectieux de 13 francs, celle des hypolipidémiant et autres produits hématologiques de 11 francs, celle des médicaments de l'appareil respiratoire de 10 francs et ceux de l'appareil digestif 9 francs (cf. graphique 94).

Graphique 94
Dépense mensuelle de pharmacie par personne
selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques
France 2000

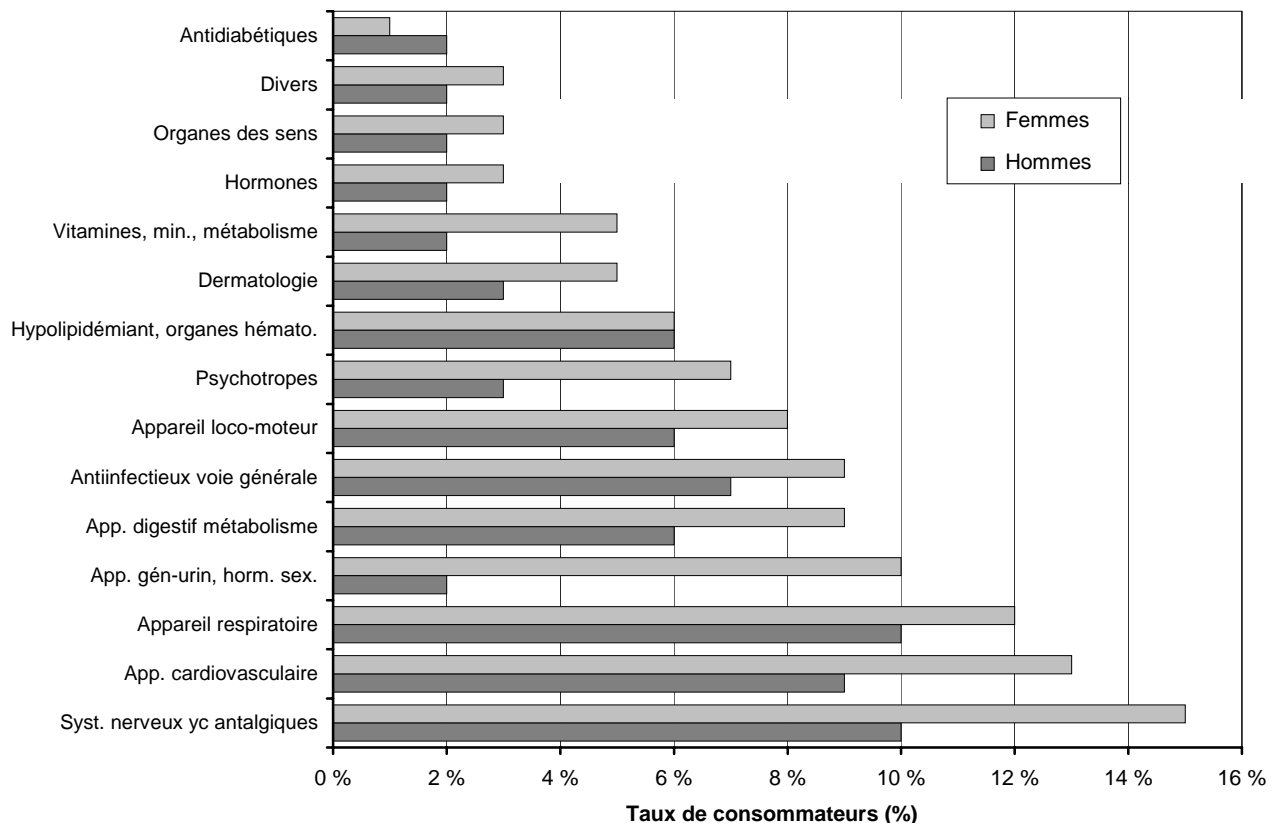


Source : CREDES-ESPS 2000

- ◆ Pour pratiquement toutes les classes thérapeutiques, les femmes consomment davantage que les hommes

Quelles que soient les classes, les taux de consommateurs sont notablement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Deux classes font exception, les antidiabétiques plus consommés par les hommes et les hypolipidémiant et autres produits hématologiques autant consommés par les uns et les autres.

Graphique 95
Taux de consommateurs de pharmacie en un mois
selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques et selon le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

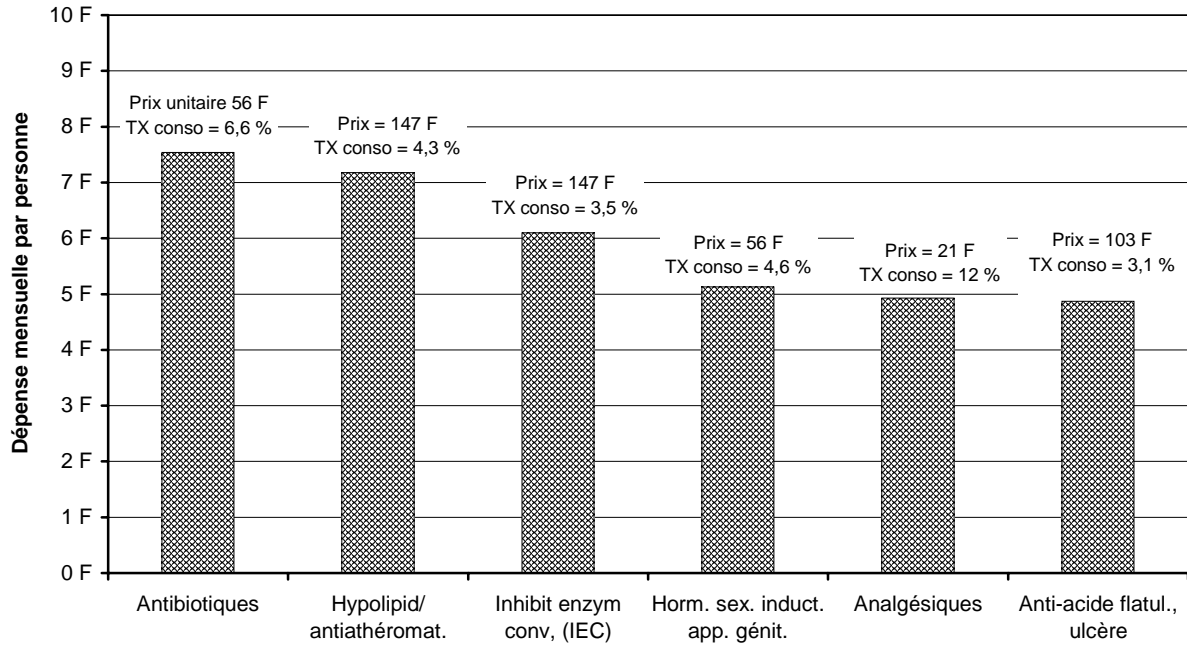
En terme de dépense par personne, seuls les antidiabétiques et les hormones génèrent une dépense plus élevée chez les hommes ; les médicaments de l'appareil respiratoire entraînent quant à eux une dépense équivalente chez les hommes et les femmes.

- ◆ Quelle que soit la classe pharmaco-thérapeutique analysée, à âge et sexe comparables, les personnes vivant dans un milieu d'agriculteur dépensent moins que la moyenne.

Quelle que soit la classe pharmaco-thérapeutique concernée, à âge et sexe comparables, les ménages d'agriculteur dépensent moins par personne. Pour deux classes la dépense par personne est toutefois proche de la moyenne : les médicaments de l'appareil digestif et les produits cardio-vasculaires.

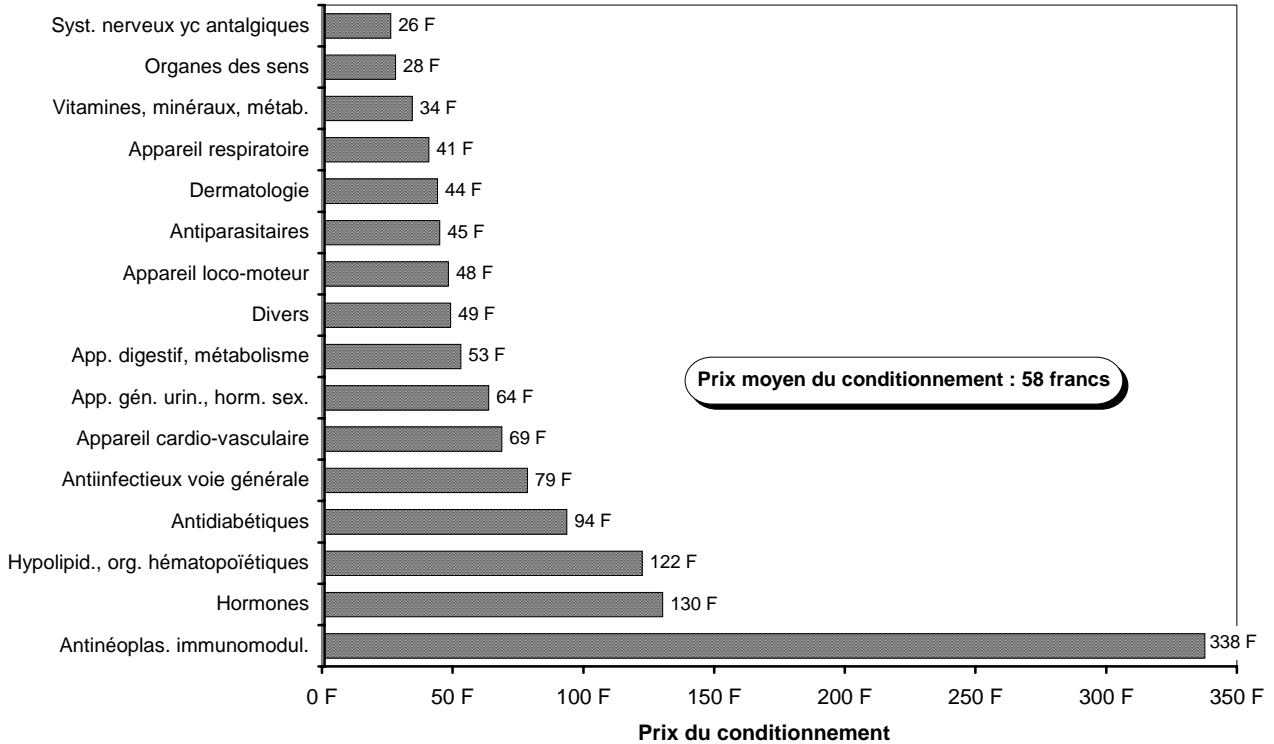
Les personnes vivant dans des ménages d'artisan-commerçant ont un comportement proche des agriculteurs. Seule la dépense consacrée aux médicaments de l'appareil génito-urinaires dépassent à âge et sexe comparables la dépense moyenne des enquêtés. Leurs dépenses liées aux hypolipidémiant ou autres produits à visée hématologique et aux vitamines ou minéraux sont proche de la moyenne.

Graphique 96
Dépense mensuelle par personne selon différentes sous-classes thérapeutiques, associée au taux de consommateurs et au prix unitaire du conditionnement
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Graphique 97
Prix unitaire d'un conditionnement selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

A l'opposé, pour la plupart des classes, les personnes vivant dans un milieu de cadre supérieur, d'employé de commerce ou d'employé administratif consomment plus que la moyenne. Ainsi sur les 13 classes ayant entraîné plus de 450 acquisitions, les personnes vivant dans un milieu de cadre supérieur dépensent davantage que la moyenne pour 8 classes et ont une dépense proche de la moyenne pour 3 classes. Seuls les médicaments de l'appareil locomoteur et les « hypolipidémiants et autres produits à visée hématologiques » génèrent une dépense inférieure à la moyenne. Dans les ménages d'employé de commerce ou d'employé administratif la dépense est supérieure à la moyenne pour 7 classes et proche de la moyenne dans respectivement 2 et 3 classes (cf. Rapport annexe tableau 70).

Au total, il est intéressant de constater cette liaison globale des dépenses par classe thérapeutique avec le milieu social des enquêtés. Toutefois, cette observation mérite d'être analysée plus avant, notamment en cherchant à distinguer ce qui est dû au prix unitaire du produit, de ce qui dépend du nombre de conditionnements acquis (donc à la durée de la prescription). Les taux de consommateurs varient d'un milieu à l'autre, une analyse par consommant pourrait également enrichir ce type de travail. Ces analyses feront l'objet d'un travail ultérieur.

- ◆ A un niveau plus détaillé, 6 groupes de produits concentrent plus de 30 % de la dépense mensuelle de pharmacie (cf. Rapport annexe tableau 69).

Au niveau des sous-classes thérapeutiques, ce sont les antibiotiques qui génèrent la plus forte dépense par personne, 7,50 francs en un mois, suivi par les hypolipidémiants et antiathéromateux, 7,20 francs puis par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, 6,10 francs. Viennent ensuite, les médicaments à visée contraceptive, 5,10 francs, les analgésiques, 5 francs et les antifatulents antiulcéreux, 4,90 francs.

Ces niveaux élevés de dépense proviennent soit d'un fort taux de consommateurs, soit d'un prix unitaire du conditionnement élevé, ou de l'association des deux effets. Ainsi, le plus fort taux de consommateurs en un mois s'observe pour les analgésiques (12 %) qui sont aussi parmi les catégories de médicaments les moins onéreux (moins de 21 francs le conditionnement). A l'opposé, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion qui sont moins utilisés (taux de consommateurs de 3,5 %) sont parmi les conditionnements les plus onéreux (147 francs) (cf. graphique 96).

27 % de la dépense en médicaments cardio-vasculaires a pour origine les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, 15 % les médicaments appartenant à la classe « thérapie cardiaque », 14 % les produits antivariqueux ou antihémorroïdaires, 13 % les antagonistes du calcium, 11 % les vasodilatateurs périphériques et cérébraux, et 10 % les bêtabloquants.

64 % de la dépense des médicaments « hypolipidémiants et autres produits hématologiques » sont liés aux hypolipidémiants et 22 % aux « anticoagulants et antiagrégants plaquettaires »

Les antiasthmatiques sont responsables de 43 % de la dépense des médicaments de l'appareil respiratoire et les antitussifs de 19 %.

71 % de la dépense en produits du système nerveux est due aux analgésiques et 54 % de la dépense en médicaments de l'appareil digestif aux « antiacides et antiulcéreux ».

Enfin, 60 % de la dépense en anti-infectieux est due aux antibiotiques.

- ◆ Les cytostatiques sont de très loin les médicaments les plus onéreux.

Le prix moyen d'un conditionnement de cytostatiques est de 338 francs soit presque 6 fois le prix moyen d'un médicament, toutes classes réunies. Les hormones (hors contraception) ont, après les cytostatiques, le prix unitaire le plus élevé, 130 francs (cf. graphique 97). Viennent ensuite les médicaments appartenant à la classe « hypolipidémiants ou à visée hématologique », 122 francs, les antidiabétiques, 94 francs et les anti-infectieux 79 francs. A l'opposé, les produits dont le prix unitaire du conditionnement est le moins onéreux

sont les antalgiques et médicaments du système nerveux, 26 francs, et ceux destinés aux organes des sens (essentiellement ophtalmologie et otologie), 28 francs.

4.2. La consommation d'appareils, d'accessoires et de pansements

Le taux de consommateurs d'appareils, d'accessoires et de pansements est de 2,8 % en un mois. Il est de 1,2 % pour les lunettes, lentilles de contacts ou verres et de 1,6 % pour les autres accessoires.

Le taux de consommateurs tend à augmenter avec l'âge : il est toutefois un peu plus élevé chez les enfants que chez les adultes de 16 à 39 ans, respectivement 2,6 % et 1,8 % . Pour les 40-64 ans, il atteint 3,3 % et pour les 65 ans et plus, 4,3 %. Au total, 3,1 % des femmes et 2,4 % des hommes consomment au moins un de ces produits.

- ◆ La consommation en accessoires, appareils et autres pansements engendre une dépense mensuelle moyenne de 26 francs par personne

Sur un total de 26 francs par personne, 21,60 francs sont liés à l'acquisition de lunettes, de lentilles ou de verres, soit plus de 80 % de la dépense en accessoires. Le prix moyen d'une paire de lunettes (verres et montures) est de 2 026 francs.

Le faible nombre de consommateurs (moins de 400) et la forte concentration sur les dépenses de lunetterie permet difficilement d'étudier cette dépense en fonction des différentes modalités des variables.

Signalons toutefois que la dépense par personne des hommes et des femmes est pratiquement équivalente, que cette dépense est nettement plus faible dans les ménages d'agriculteur, d'artisan-commerçant et d'ouvrier, qualifié et non qualifié. Cette dépense tend à décroître lorsque le revenu par unité de consommation diminue. Lorsque les personnes ne disposent pas de couverture complémentaire maladie cette dépense est 6 fois plus faible que pour celles qui ont une.

4.3. La consommation de biens médicaux pour les besoins du ménage

Un certain nombre de produits pharmaceutiques, d'accessoires ou d'appareils sont parfois acquis pour plusieurs personnes du ménage. Il s'agit par exemple d'un antalgique ou d'un désinfectant acquis pour le cas où l'un des membres du ménage en aurait besoin. On ne peut donc pas affecter cette acquisition à un individu particulier. Ce type d'acquisition engendre une dépense de 90 centimes par personne et par mois, correspondant à un achat de 0,03 conditionnement par personne, chaque conditionnement valant en moyenne 34 francs. A noter qu'en quantité, les médicaments les plus souvent acquis dans ce cadre appartiennent à la classe des antalgiques et autres produits agissant sur le système nerveux.

4.4. La pharmacie non prescrite

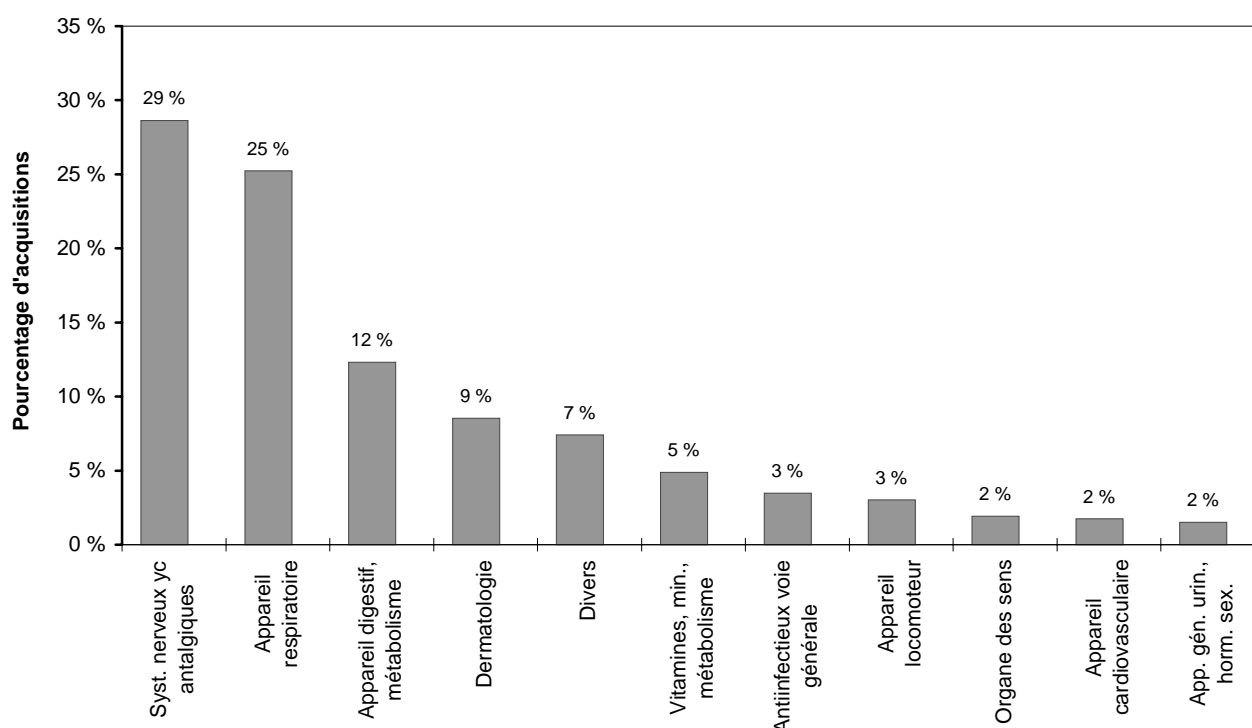
8 % des enquêtés déclarent avoir acquis des médicaments non prescrits au cours de l'enquête, alors qu'ils sont 34,5 % à avoir acquis des médicaments prescrits au cours de la même période. Les taux de consommateurs sont de 6 % chez les enfants, de 8 % chez les adultes de 16 à 39 ans et de 9 % au delà de cet âge. Ce taux est de 6 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes.

Ce type d'acquisition est très lié au milieu social, les personnes vivant dans les milieux d'agriculteur, d'artisan commerçant, d'ouvrier qualifié ou non acquièrent moins souvent que les autres catégories sociales ces produits. Ce comportement est d'autant plus fréquent que le niveau d'études augmente ; il est fortement

lié au revenu par unité de consommation ; en effet, tant en valeur qu'en indice à âge et sexe comparables ce taux est multiplié par plus de 3 chez les personnes qui disposent des revenus les plus élevés (plus de 8 500 francs) par rapport à celles qui ont les revenus les plus faibles (moins de 3 500 francs). A l'opposé, ce taux décroît avec la taille du ménage, tant chez les adultes que chez les enfants. Ce taux est peu différent chez les actifs occupés et les chômeurs et chez les personnes exonérées et non exonérées du ticket modérateur pour raison médicale. Par contre, il est inférieur de moitié par rapport à la moyenne chez les RMIstes et les CMUistes (cf. Rapport annexe tableau 66).

Les acquisitions⁷³ les plus fréquentes concernent les antalgiques (29 % de l'ensemble des acquisitions) et les médicaments de l'appareil respiratoire (25 %).

Graphique 98
Répartition des acquisitions non prescrites, recueillies durant un mois sur le carnet de soins,
par classe thérapeutique
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

4.5. Demande de prescription supplémentaire de produits pharmaceutiques

Lors d'une consultation de généraliste ou de spécialiste, un certain nombre de médicaments sont parfois prescrits par le médecin à la demande du patient. Nous avons cherché à mesurer auprès des adultes directement interrogés par les enquêteurs l'impact de cette demande lors de leur dernière séance chez le généraliste.

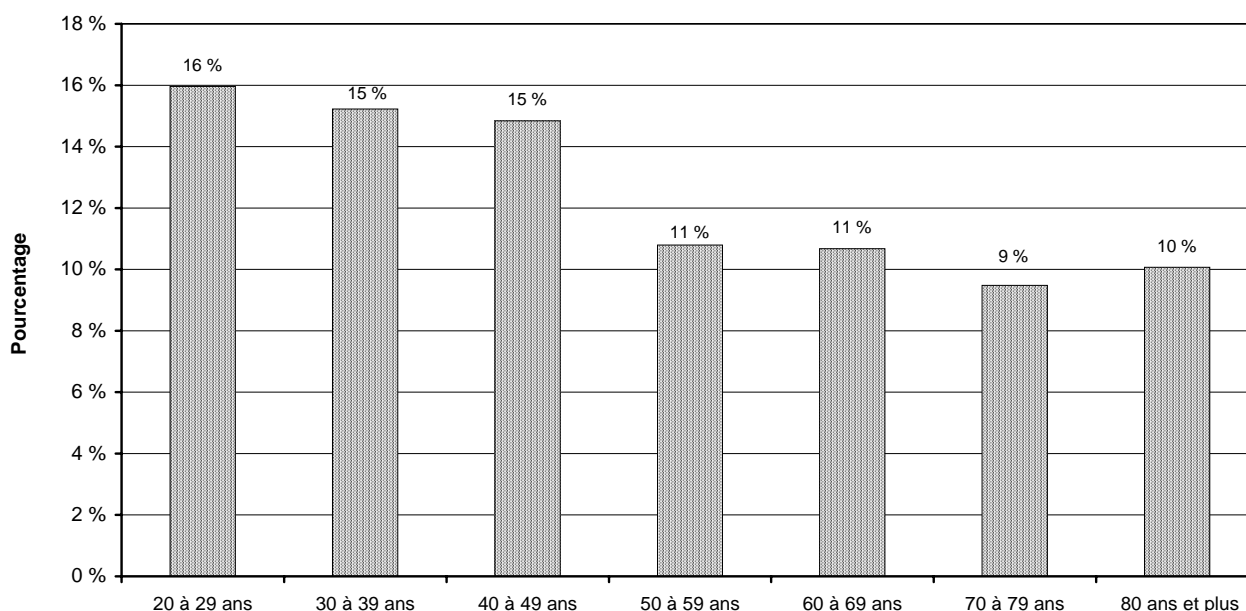
Il s'agit d'une mesure incomplète de la pression des patients sur la prescription pharmaceutique des généralistes, puisque la question ne visait à relever que les prescriptions effectuées en fin de séance, à la

⁷³ Une acquisition peut comporter un ou plusieurs conditionnements.

demande expresse du patient et à l'issue du traitement déjà prescrit par le généraliste⁷⁴. Nous ne mesurons donc pas ici, les éventuelles pressions qui pourraient influencer les généralistes dans le choix du traitement de la pathologie ayant motivé le recours, comme par exemple une demande d'antibiothérapie lors d'une consultation pour rhino-pharyngite, grippe, etc. Par ailleurs, si la demande a bien été formulée par la personne interrogée, la prescription peut avoir été demandée pour un autre membre du ménage, ou pour l'ensemble du ménage, c'est à dire pour la pharmacie familiale (antipyrétiques ou antalgiques en cas de fièvre ou de douleurs par exemple).

Dans ce contexte, on constate que 13 % des adultes interrogés répondent positivement à la question, 10 % des hommes et 16 % des femmes (cf. graphique 99, Rapport annexe tableau 71). Cette demande diminue avec l'âge passant de 16 % pour les 18-39 ans à 13 % pour les 40-64 ans et 10 % pour les patients de 65 ans et plus.

Graphique 99
Pourcentage de personnes ayant demandé à leur généraliste
de rajouter un ou plusieurs médicaments en plus de la prescription déjà réalisée, selon l'âge
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

L'analyse des réponses à cette question a été réalisée à l'aide d'un modèle probabiliste. Ce modèle permet de mettre en évidence les variables qui ont une influence par elle-même sur la probabilité de faire cette demande de rajout de médicament, toutes choses égales par ailleurs, c'est à dire indépendamment de toutes les variables introduites dans le modèle (cf. Rapport annexe tableau 72).

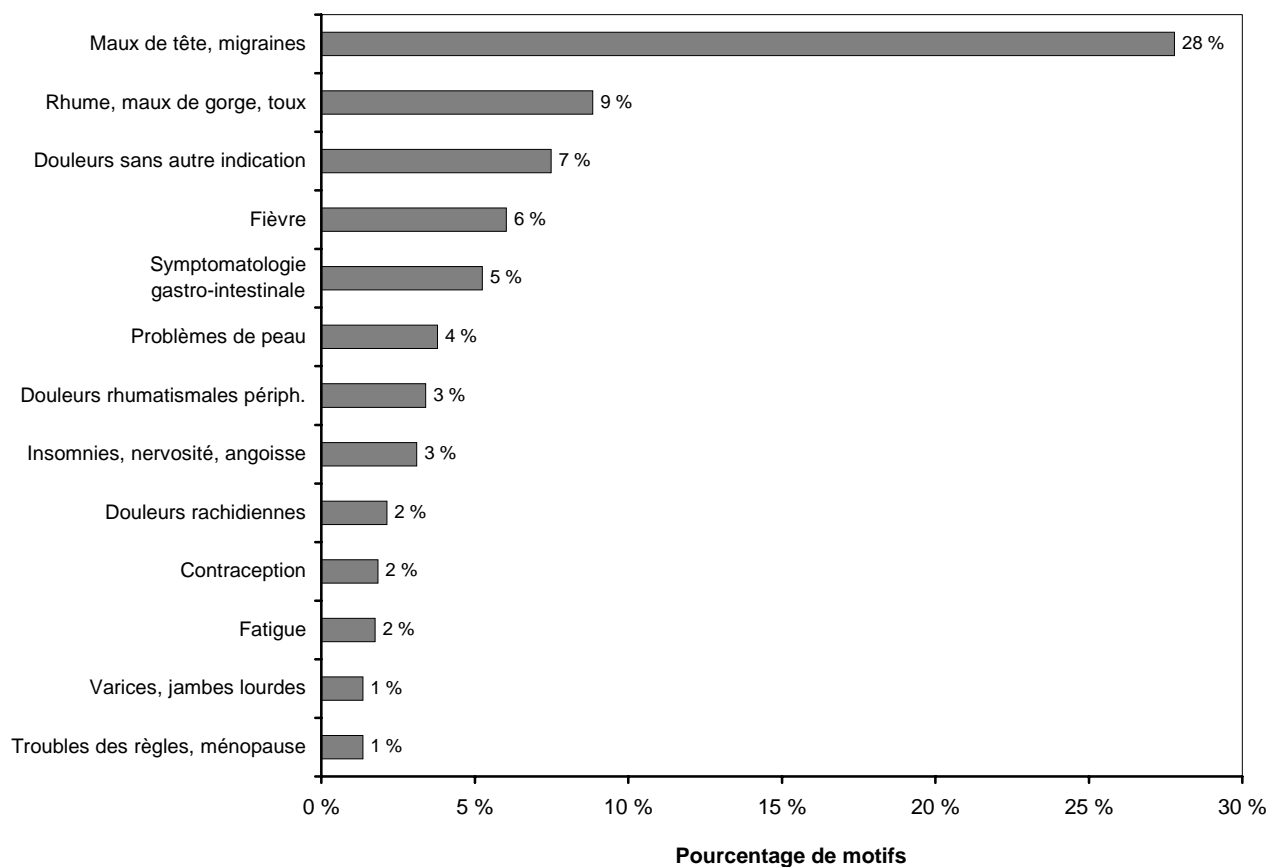
La probabilité de faire cette demande est notablement plus forte chez les femmes, chez les personnes de moins de 40 ans, chez celles vivant en couple avec des enfants, chez les personnes présentant un niveau d'invalidité compris entre peu gêné et activité restreinte et enfin chez les personnes estimant que leur état de santé est moyen ou médiocre.

A l'opposé, les personnes vivant dans un milieu d'artisan-commerçant ont une plus faible probabilité que les autres de faire ce type de demande.

⁷⁴ La question était ainsi formulée : " Lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter à la fin de son ordonnance un ou plusieurs médicaments ? ". " Si oui pour quels troubles de santé était destiné ce (ou ces) médicament(s) ? ".

Les motifs les plus fréquents à l'origine d'une demande de médicaments supplémentaires sont les maux de tête ou les migraines (28 %), les rhumes et autres maux de gorge ou toux (9 %) et les douleurs sans précision de localisation (7%). Comme le montre le graphique 100, la plupart des médicaments demandés sont des médicaments symptomatiques, dont beaucoup sont prescrits pour des douleurs. On remarquera que les demandes de médicaments complémentaires pour insomnie ou nervosité, pour fatigue et pour troubles veineux des membres inférieurs sont relativement peu fréquentes. Ainsi, seules 0,2 % des personnes interrogées (et qui ont répondu à la question), disent avoir demandé à leur généraliste d'ajouter à la fin de son ordonnance un médicament pour troubles veineux des membres inférieurs. On peut donc en conclure que la prescription de phlébotoniques (qui occupe une place importante dans la prescription) est très peu influencé par ce type de demande. A l'opposé, cette demande des patients doit représenter une part non négligeable de la prescription d'antalgiques et/ou d'antipyrétiques⁷⁵.

Graphique 100
Les motifs les plus fréquents des demandes de prescription supplémentaire de médicaments
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

⁷⁵ Cette constatation n'a pas de connotation négative. Elle signifie simplement que la symptomatologie douloureuse ou l'épisode fébrile n'était pas au centre de la consultation. Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la demande du patient : soit l'épisode aiguë existait lors de la consultation, mais le médecin n'avait pas jugé utile de prescrire un produit de ce type, ce qui n'était pas l'avis de son patient, soit le patient souhaitait disposer pour lui-même ou ses proches de quelques antalgiques ou antipyrétiques en prévision d'un éventuel épisode aiguë.

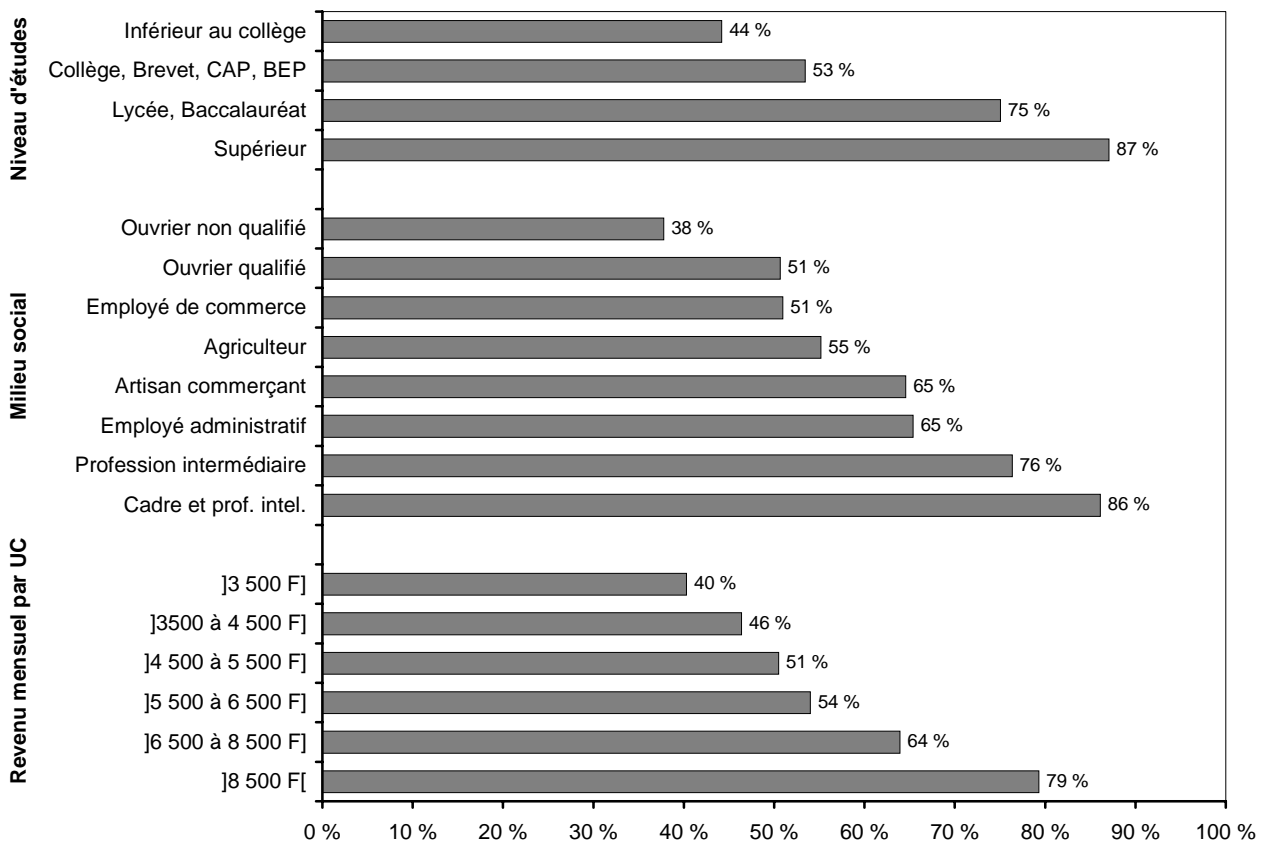
4.6. La connaissance des médicaments génériques

A la question « Connaissez vous l'expression médicament générique ? », 64 % des personnes adultes directement interrogées répondent oui. Ils sont moins nombreux parmi les plus jeunes, 57 % des moins de 30 ans, et parmi les plus âgées, 56 % des personnes de 70 ans et plus (cf. Rapport annexe tableau 72).

La connaissance de cette expression est fortement liée au milieu social ; en effet, seuls 51 % des adultes interrogés vivant dans des ménages d'employé de commerce et d'ouvrier qualifié connaissent ce terme ; il ne sont que 38 % dans les ménages d'ouvrier non qualifié. Ce terme est peu connu des personnes vivant du RMI et/ou des bénéficiaires de la CMU (36 %), et dans une moindre mesure des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie (46 %). Les bénéficiaires de la MSA connaissent moins bien ce terme (52 %) que les bénéficiaires de la CANAM ou du Régime général.

La connaissance de cette expression augmente très nettement avec le niveau d'études et avec le revenu (revenu du ménage comme revenu par unité de consommation). Entre les revenus les plus bas et les plus hauts, le niveau de connaissance passe du simple au double (d'environ 40 % à 80 %).

Graphique 101
La connaissance de l'expression " médicament générique " par les adultes, selon le niveau d'études, le milieu social et le revenu par unité de consommation
 France 2000



Pourcentage d'adultes connaissant l'expression "médicament générique"

Source : CREDES-ESPS 2000

5. Le taux d'hospitalisés en 3 mois en 2000

5. Le taux d'hospitalisés en 3 mois en 2000

D'après les comptes nationaux de la santé, l'hospitalisation proprement dite (*cf. Glossaire*) a entraîné en 2000, 43,3 % de la consommation médicale totale ; c'est donc par son importance tant au niveau de la thérapeutique et des examens que des coûts, la plus lourde des consommations médicales. Cependant, son observation à partir d'enquêtes auprès des ménages est difficile : d'une part, c'est un phénomène relativement rare et peu de personnes sont concernées sur une courte période de temps (environ 1 % en un mois) ce qui nécessite de faire appel à la mémoire des enquêtés, d'autre part, les personnes les plus malades (et donc les plus souvent hospitalisées) participent notablement moins aux enquêtes.

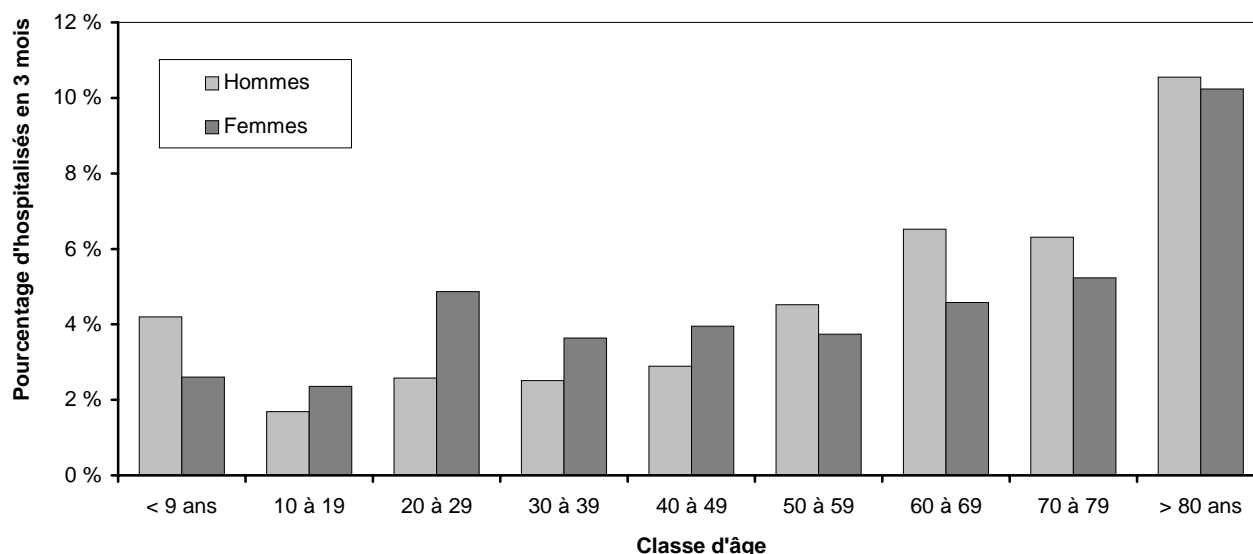
Dans l'enquête santé protection sociale, lors du premier entretien, l'enquêteur demande pour chaque personne du ménage, si elle a été hospitalisée au cours des 3 derniers mois et si oui, combien de fois. Pour chacun de ces séjours en hôpital ou en clinique, un questionnaire détaillé est rempli. En règle générale, les séjours comportent au moins une nuit passée dans l'établissement. Toutefois, les hospitalisations de moins de 24 heures pour examens, pour des actes de chirurgie ambulatoire ou pour de la chimiothérapie se multiplient. Il est de plus en plus difficile pour les patients de déclarer précisément ce qui relève d'une hospitalisation de quelques heures de ce qui relève de soins ou examens pratiqués à l'hôpital, mais dans le cadre externe. Pour ces séjours de moins de 24 heures, un examen de tous les cas rencontrés a permis d'éliminer ce qui correspondait vraisemblablement à des consultations externes ou des examens.

3,8 % des enquêtés (3,6 % des hommes et 3,9 % des femmes) déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours des trois mois précédant l'enquête (*cf. Rapport annexe tableau 73*).

5.1. L'hospitalisation selon les variables socio-économiques

Les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes sauf aux âges de la maternité. Le taux d'hospitalisés est nettement plus élevé pour les petits garçons que pour les petites filles. Chez les femmes, après la forte augmentation due aux grossesses, le taux d'hospitalisées diminue et se stabilise entre 3,6 et 4,0 % jusqu'à 60 ans. Après cet âge, il augmente à nouveau pour atteindre plus de 10 % chez les personnes de 80 ans et plus. Chez les hommes, le taux d'hospitalisés est relativement stable, entre 20 et 50 ans. A partir de cet âge, il est plus élevé que celui des femmes et il augmente de manière très importante pour atteindre lui aussi plus de 10 % chez les personnes les plus âgées. (*cf. Graphique 102*).

Graphique 102
Taux d'hospitalisés en trois mois, selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

Le taux d'hospitalisés est maximum pour les membres des ménages d'ouvrier non qualifié, 4,7 %, et d'employé administratif 4,5 %. A l'opposé, les taux les plus faibles se rencontrent dans les ménages d'artisan-commerçant, 2,7 % et de cadre 3,2 %. A âge et sexe comparables, ce sont les personnes vivant dans les ménages d'ouvrier non qualifié qui sont le plus souvent hospitalisées (indice 1,29) et celles des ménages d'artisan-commerçant et d'agriculteur qui le sont le moins souvent (indice 0,67 et 0,73).

Les chômeurs sont un peu plus souvent hospitalisés que les actifs occupés, 4,2 % versus 3,2 % ; à âge et sexe comparables les indices sont respectivement de 1,19 et 0,98. Bien entendu, les retraités qui sont âgés sont fréquemment hospitalisés, 6,3 % en trois mois. Les autres inactifs, dont certains le sont pour raison de santé, sont également souvent hospitalisés, 9,1 %. Par contre, les étudiants et les élèves le sont moins souvent, mais leur taux d'hospitalisation atteint tout de même 2,6 %.

Le taux d'hospitalisés tend à diminuer avec la taille du ménage, de 5,1 % pour les ménages d'une personne à 2,3 % pour ceux de 5 personnes et plus. Ce taux remonte à 2,9 % pour les ménages de 6 personnes et plus. Rappelons que l'âge moyen des personnes diminue quand la taille du ménage augmente, ce qui conduit, à âge et sexe comparables, à niveler les taux d'hospitalisés, sauf pour les ménages de 5 personnes qui se distinguent avec un indice bas à 0,77.

Quel que soit le type de ménage observé, les taux d'hospitalisés sont fortement liés à l'âge et au sexe des personnes qui les composent, sauf dans les familles monoparentales. En effet, dans ces familles, les taux d'hospitalisés sont particulièrement élevés, 4,5 %, alors même que les personnes sont jeunes ; l'indice à âge et sexe comparables se situe à 1,43 versus 0,95 dans les ménages comportant un couple avec enfant(s). Il est à noter que ce fort taux d'hospitalisés concerne aussi bien les adultes que les enfants vivant dans ces familles monoparentales.

Il semble par ailleurs que les taux d'hospitalisation aient tendance à décroître lorsque le revenu du ménage augmente. A noter toutefois que le taux d'hospitalisation le plus faible s'observe, tant en valeur qu'en indice à âge et sexe comparables, pour les revenus par unité de consommation situés dans la tranche moyenne des 5 500 à 6 500 francs. Le taux le plus élevé est relevé chez les personnes dont les revenus par unité de consommation sont compris entre 3 500 et 4 500 francs.

5.2. L'hospitalisation selon la couverture sociale

12 % des personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale ont été hospitalisées au moins une fois au cours des trois derniers mois, soit 4 fois plus souvent que les personnes non exonérées. Leur niveau d'hospitalisation à âge et sexe comparables reste très élevé (indice 2,47 vs 0,82).

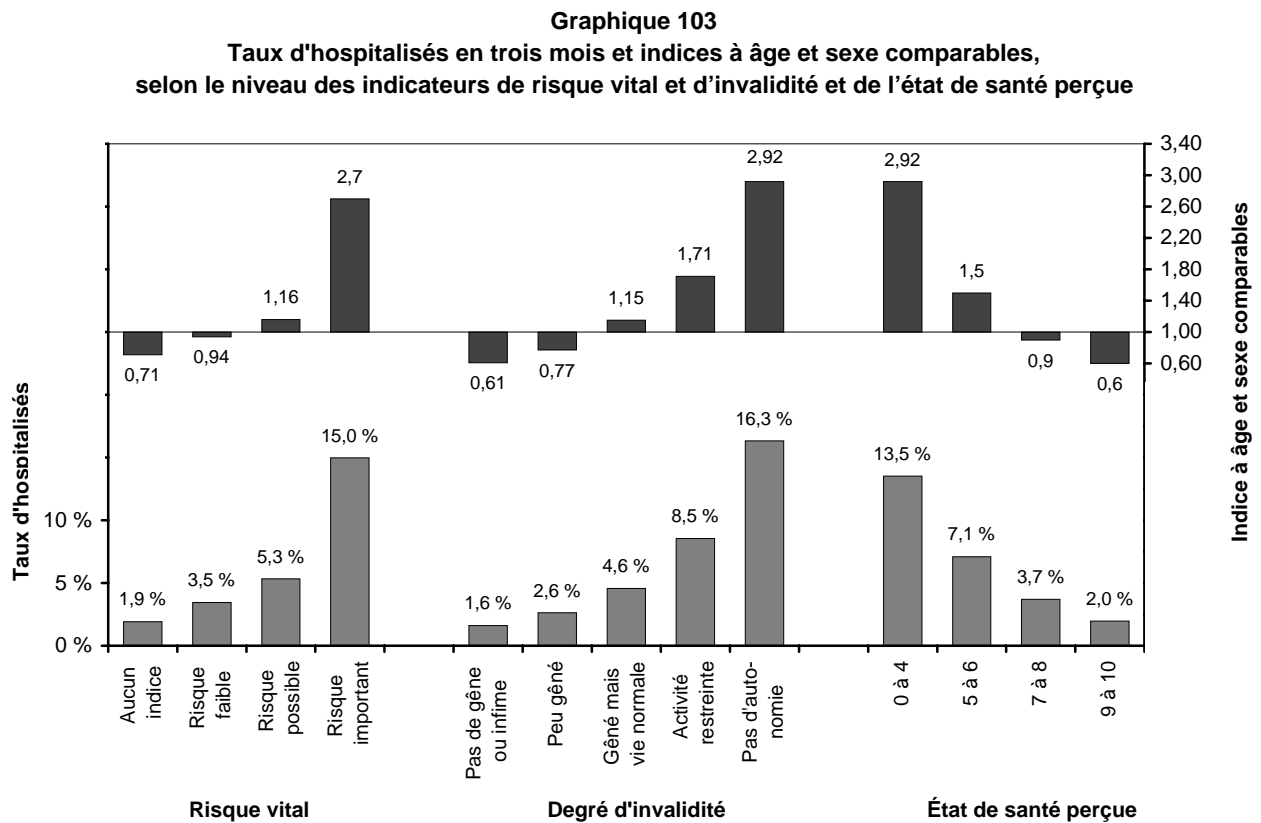
Le taux d'hospitalisés des bénéficiaires de la CMU (ou AMG) est de 6,3 % alors que celui des autres personnes est de 3,6 %. Pourtant les bénéficiaires de cette aide sont relativement jeunes puisque l'âge moyen est de 28 ans, alors que les non bénéficiaires ont en moyenne 37 ans. Étant donné cette structure d'âge, le redressement par âge et sexe laisse persister une différence très importante entre les deux populations, indice 1,87 pour les personnes disposant de la CMU et 0,96 pour les autres. Rappelons que les personnes disposant de la CMU déclarent beaucoup plus d'affections que les autres dans la plupart des groupes pathologiques, mais plus particulièrement pour les maladies de l'appareil digestif, les affections neurologiques et les troubles mentaux. Ces personnes consomment également davantage de séances de généralistes que le reste de la population. Ce fort taux d'hospitalisés s'observe également, mais dans une moindre mesure, parmi les bénéficiaires du RMI (indice de 1,48 versus 0,99 pour les non RMistes).

Les taux d'hospitalisés des personnes protégées par le régime général et le régime agricole sont voisins, alors que celui des indépendants est plus faible. Cependant, à âge et sexe comparables, les personnes couvertes par la CANAM et la MSA sont les moins hospitalisées.

5.3. L'hospitalisation et l'état de santé

Naturellement, l'hospitalisation augmente très rapidement quand l'état de santé se détériore. Cette augmentation s'observe pour tous les indicateurs de santé que sont le risque vital, l'invalidité et l'état de santé perçue. La liaison entre le taux d'hospitalisés au cours des trois mois précédant l'enquête et les indicateurs pronostiques portés un jour donné a un sens au niveau statistique mais pas forcément au niveau individuel ; une femme hospitalisée pour accoucher, par exemple, n'a aucune raison particulière d'avoir une invalidité, un pronostic vital ou un état de santé perçue dégradé deux ou trois mois plus tard. Il en est de même pour de nombreuses interventions ou examens.

Le taux d'hospitalisés passe de 1,9 % pour les personnes sans pronostic péjoratif sur le plan vital, indice 0,71, à 15 % pour celles dont le risque sur le plan vital est important, indice 2,70 (cf. Graphique 103). Parallèlement, ce taux passe de 1,6 % pour les personnes ne présentant aucune gêne ou gênées de façon infime à presque 9 % pour celles n'ayant plus qu'une activité restreinte ou réduite et à plus de 16 % pour les personnes sans autonomie ou grabataires (mais les effectifs sont très réduits). Parallèlement, on relève moins de 2 % d'hospitalisation chez les personnes s'estimant elles mêmes en excellente santé, alors que ce taux est de presque 14 % chez les enquêtés estimant avoir un très mauvais état de santé. Les indices à âge et sexe comparables confirment ces taux très élevés.



Source : CREDES-ESPS 2000

5.4. La satisfaction des patients

90 % des personnes hospitalisées au cours des trois mois précédant l'enquête se déclarent très satisfaites (45 %) ou satisfaites (45 %) de l'accueil dont ils ont bénéficié. La proportion de personnes peu satisfaites (5%) et pas satisfaites (1 %) est donc très faible⁷⁶. Enfin, 3 % ne se prononcent pas. Ces pourcentages élevés de personnes satisfaites sont similaires chez les hommes et les femmes, et pratiquement équivalents quel que soit l'âge.

Ce haut niveau de satisfaction se traduit par le fait que 87 % des patients reviendraient dans l'établissement s'ils avaient besoin d'une nouvelle hospitalisation. Parallèlement, 84 % d'entre eux recommanderaient l'établissement si l'un de leurs amis avait besoin d'une hospitalisation.

Étant donné la forte proportion de patients satisfaits, et donc le très faible nombre de personnes peu satisfaites, l'étude de l'influence des diverses variables ne peut être menée. Signalons simplement que le degré de satisfaction diffère peu pour les établissements publics ou privés.

Vu sous l'angle du recrutement hospitalier, il est important de noter que 1 personne sur 10 ne souhaite pas se faire de nouveau hospitaliser dans l'établissement qu'il vient de quitter. Ce faible pourcentage est tout à l'honneur des établissements, mais reste tout de même relativement important en terme de perte de clientèle potentielle.

⁷⁶ Cette forte proportion de personnes satisfaites avait déjà été relevée lors de l'enquête effectuée par l'URML d'Île-de-France en collaboration avec le CREDES et intitulée " Les trajectoires des patients en Île-de-France : l'accès aux plateaux techniques " Rapport CREDES n° 1304 et 1304 bis - mai 2000.

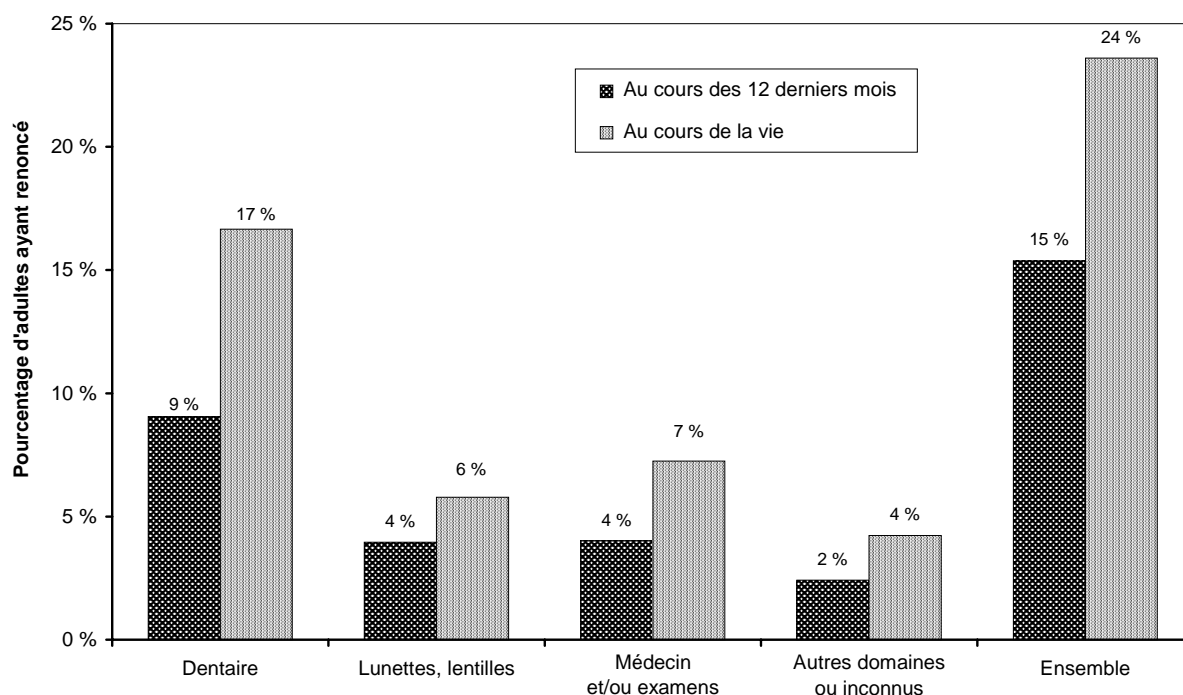
6. Renoncement aux soins pour motifs financiers

6. Renoncement aux soins pour motifs financiers

L'enquête débute par une série de questions d'opinion sur la santé et sur les restrictions à se soigner entraînées par des problèmes financiers. Ces questions sont posées aux 7 072 personnes qui répondent personnellement à l'enquêteur ; elles ne concernent donc qu'une seule personne par ménage⁷⁷, en général l'assuré principal.

Presque 24 % des adultes interrogés ont déclaré avoir renoncé au moins une fois au cours de leur vie à des soins pour des raisons financières. Parmi ces personnes, les deux tiers ont renoncé au cours des 12 mois précédant l'entretien (soit 15 % de l'ensemble des adultes interrogés) alors que la protection maladie est généralisée et que 9 enquêtés sur 10 disposent d'une couverture complémentaire (cf. graphique 104 et Rapport annexe tableau 74). Comme nous le verrons ultérieurement la plupart des personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières espèrent pouvoir en bénéficier à une date ultérieure.

Graphique 104
Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins
pour motif financier, selon la nature et la date des soins
France 2000



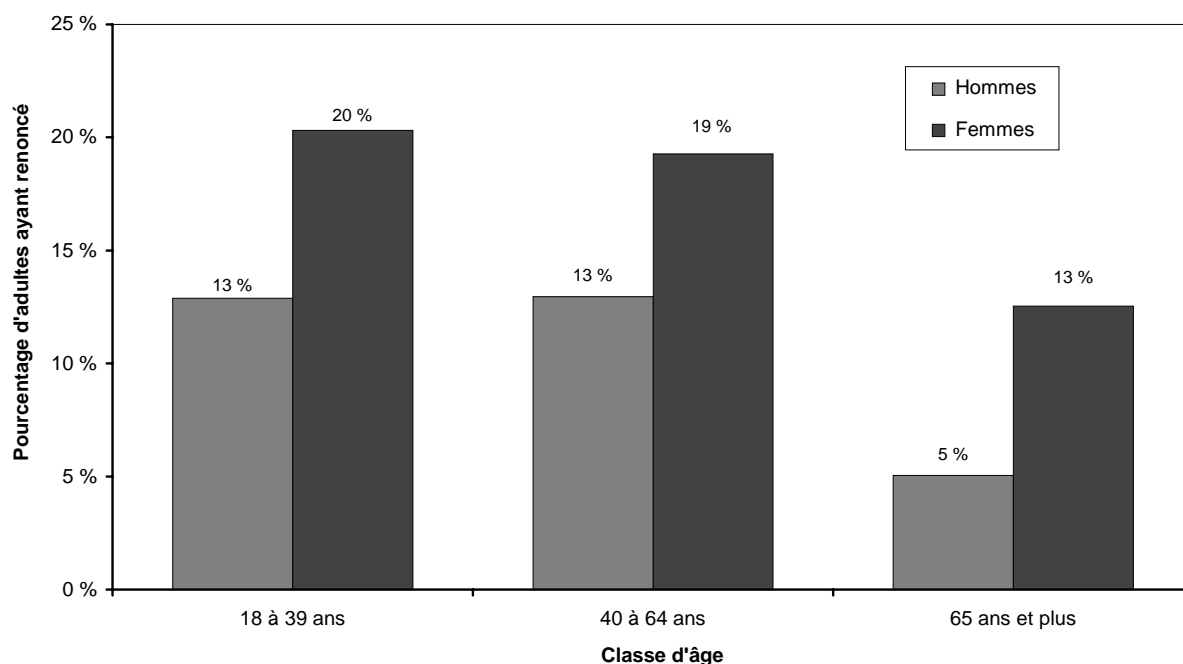
Source : CREDES-ESPS 2000

Les réponses des personnes ayant renoncé au cours de leur vie étant moins précises et moins fiables que celles des personnes ayant renoncé au cours des 12 mois précédant l'enquête, seules ces dernières données seront exploitées dans ce chapitre.

⁷⁷ Pour cette raison, l'exploitation de ces questions posées à une seule personne du ménage est réalisée sur les données brutes observées.

Le renoncement aux soins est fortement influencé par l'âge et le sexe (cf. graphique 105). 18 % des femmes déclarent renoncer à des soins au cours des 12 derniers mois alors que cette proportion est de 12 % chez les hommes. Avant 65 ans, le taux de renoncement se situe aux environs de 17 % ; il est de 9 % au delà de cet âge. L'influence importante de l'âge et du sexe sur ce comportement de soins nous obligera fréquemment à utiliser lors de l'exploitation des indices à âge et sexe comparables.

Graphique 105
Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins
pour motif financier, au cours de 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La première vague de l'enquête s'étant déroulée entre mars et juin 2000, la période de renoncement au cours des 12 mois précédant l'enquête se situe donc essentiellement sur l'année 1999, c'est-à-dire l'année précédant la mise en place de la CMU. Au cours de cette première vague, 16 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins. La seconde vague de l'enquête s'est déroulée d'octobre à décembre 2000 ; la période de renoncement retenue se situe donc essentiellement sur l'année 2000, correspondant à l'année de la mise en place de la CMU. Au cours de cette 2ème vague, 15 % des personnes interrogées disent avoir renoncé à des soins. Cette différence entre les deux vagues n'est pas significative. Signalons toutefois que les personnes qui ont le plus bénéficié de cette baisse sont les jeunes de 18 à 29 ans, les personnes de 80 ans et plus et les hommes.

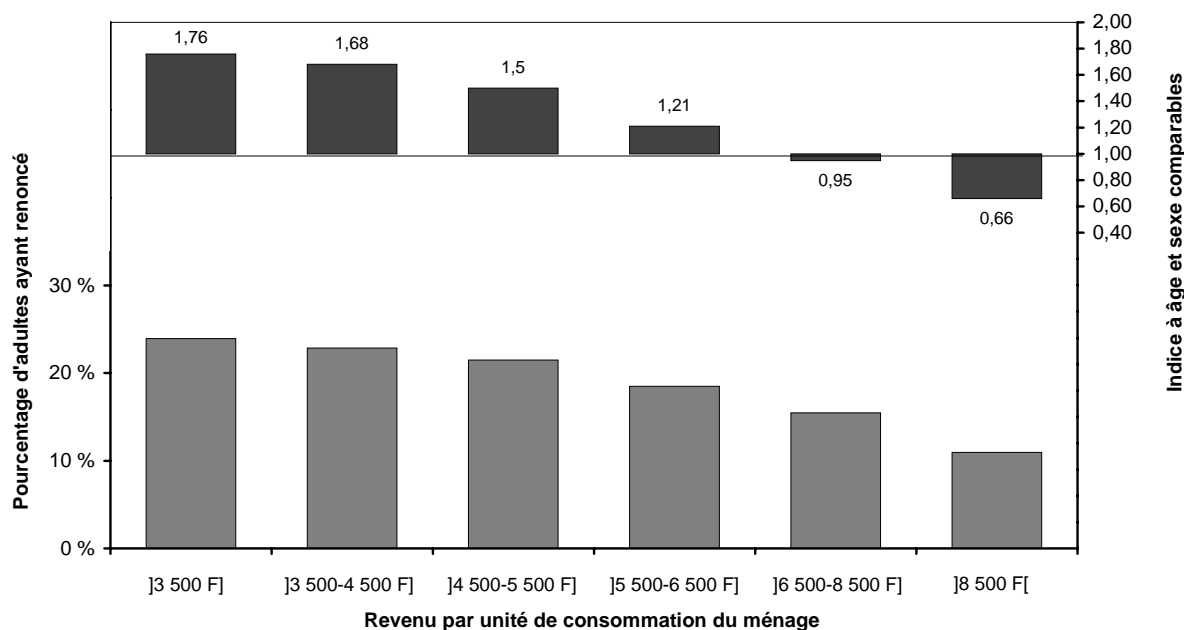
Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, cette réduction du taux de renoncement entre les deux vagues ne concerne pas davantage les adultes bénéficiaires de la CMU, que les autres adultes, mais le nombre de personnes interrogées et bénéficiant de la CMU est faible (271 personnes pour les 2 vagues). Par ailleurs, il était probablement trop tôt pour que l'on puisse, dès 2000, mesurer l'impact d'une telle mesure.

Etant donné l'absence de significativité des écarts observés, l'exploitation de cette question sera réalisée sur les deux vagues réunies.

Le niveau du renoncement des adultes est fortement influencé par les différentes variables socio-économiques

Ainsi, le taux de renoncement parmi les chômeurs est deux fois plus élevé que parmi les actifs occupés (15 % et 30 %). Dans les ménages d'employé de commerce et d'ouvrier non qualifié le niveau de renoncement est également deux fois plus élevé que dans les ménages de cadre (respectivement 23 %, 20 % et 11 %). Que ce soit en valeur ou en indice à âge et sexe comparables, le degré de renoncement est parfaitement ordonné avec le niveau du revenu par unité de consommation du ménage : plus le revenu est faible plus le renoncement est important (cf. Graphique 106).

Graphique 106
Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins pour motif financier au cours des 12 derniers mois
selon le niveau du revenu par unité de consommation du ménage
 France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

On notera par ailleurs que les adultes vivant dans des familles monoparentales déclarent avoir renoncé à des soins deux fois plus souvent que les adultes vivant dans des ménages constitués d'un couple avec enfant, et ce aussi bien en valeur qu'en indice. De la même manière, les adultes vivant dans des ménages composés de plus de 5 personnes, sont plus nombreux à renoncer à des soins que les autres adultes.

Le niveau de couverture sociale intervient dans le comportement de renoncement

Le motif du renoncement étant financier, il n'est pas surprenant de constater que le fait d'être en situation précaire ou d'être moins bien couvert pour les frais de santé augmente le pourcentage de personnes ayant renoncé au moins une fois à des soins. Ainsi, les personnes qui déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire maladie renoncent deux fois plus souvent à des soins que celles qui disposent d'une couverture de ce type (27 % et 14 %). Il en est de même pour les adultes ayant la CMU (indice 1,80 vs 0,97 pour les non CMUistes).

Par ailleurs, les adultes bénéficiaires de la CANAM déclarent renoncer plus souvent que ceux des autres régimes, notamment les adultes bénéficiaires de la MSA (indices respectifs 1,21 et 0,53).

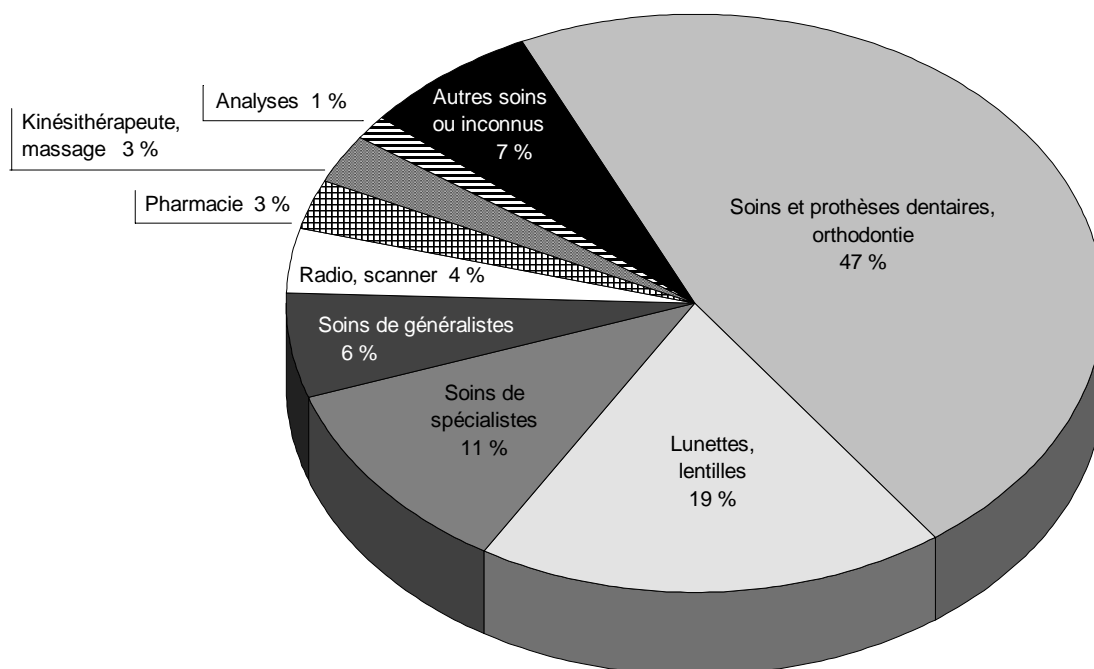
Ce sont les plus malades qui déclarent renoncer le plus souvent

Que ce soit en terme de risque vital, d'invalidité ou d'indicateur de santé perçue, les personnes ayant un état de santé médiocre ou mauvais déclarent plus souvent renoncer à des soins que celles dont l'état de santé est meilleur. Ces personnes les plus malades sont souvent exonérées du ticket modérateur pour raison de santé ; on observe donc chez ces personnes exonérées pour raison médicale, un taux de renoncement plus important que chez les autres (indices 1,38 versus 0,96). Rappelons que la plupart de ces exonérations sont liées à des affections de longue durée, et que cette exonération ne porte que sur la maladie exonérante. Pour les soins relatifs à d'autres pathologies, ils ont donc à leur charge (ou celle de leur complémentaire) le ticket modérateur et/ou les éventuels dépassements d'honoraires. Par ailleurs, ils doivent faire l'avance de frais pour la plupart de leurs soins, ce qui constitue également un frein à leur consommation.

Le domaine dentaire fait l'objet du plus grand nombre de restrictions

En moyenne, quand une personne déclare avoir renoncé à des soins au cours de l'année précédant l'enquête, elle renonce en moyenne à 1,4 soin. Les restrictions les plus fréquentes concernent le domaine dentaire (47 % des soins cités), avec vraisemblablement une confusion entre soins dentaires (18 %) et prothèses dentaires (29 %). Viennent ensuite les soins de médecins et examens (22 %), soit 11 % pour les soins de spécialistes, 6 % pour les soins de généralistes, 4 % pour l'imagerie et 1 % pour les analyses biologiques. Les autres restrictions concernent les lunettes et les lentilles (19 % des soins ayant entraîné une restriction), la kinésithérapie ou les massages (3 %) et la pharmacie (3 % également) ; les autres soins et les soins non précisés représentent 7 % des soins cités (cf. Graphique 107 et Rapport annexe tableaux 75 et 76).

Graphique 107
Répartition des renoncements pour motifs financiers au cours des 12 derniers mois
selon la nature des soins
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La plupart des renoncements sont temporaires

Pour 14 % des soins cités les renoncements sont définitifs ; pour plus de 84 % d'entre eux, les personnes déclarent reporter ces soins dans le temps, et ceux-ci devraient donc être réalisés plus tard. Enfin, pour 2 % des renoncements, les enquêtés n'ont pas encore pris leur décision ou n'ont pas répondu à la question (cf. Rapport annexe tableau 77).

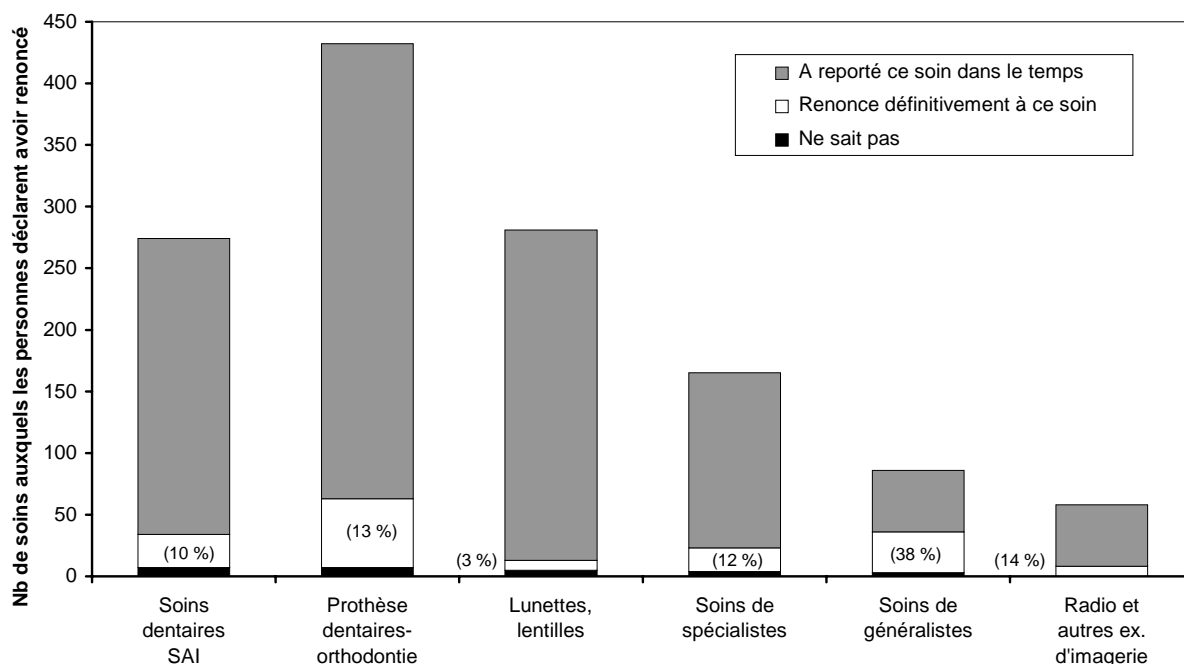
Ces proportions dépendent de la nature des soins (cf. Graphique 108) :

- 21 % des soins de médecins auxquels les personnes déclarent avoir renoncé sont définitivement abandonnés. L'abandon définitif des soins est plus fréquent pour les généralistes, (38 % des renoncements) que pour les spécialistes (12 %). Au total, dans presque 80 % des renoncements à des soins de médecins, les enquêtés déclarent les reporter à une date ultérieure. Ce report ne signifie pas pour autant que tous ces soins seront réalisés, mais qu'au moment de l'interview l'enquêté espère pouvoir y accéder ultérieurement.
- 12 % des soins ou prothèses dentaires auxquels les personnes déclarent avoir renoncé sont définitivement abandonnés (13 % pour les prothèses et 10 % pour les soins).
- Le renoncement définitif à des lunettes ou des lentilles est rare puisque les enquêtés espèrent pouvoir reporter à une date ultérieure 95 % de ces soins auxquels ils ont renoncé.

Graphique 108
Attitude adoptée ou envisagée à la suite de renoncements aux soins pour motifs financiers
au cours des 12 derniers mois, selon la nature des soins

(Les pourcentages entre parenthèses correspondent à la part de renoncements définitifs au sein du soin considéré)

France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La moitié des demandes de paiement différé concerne les dentistes

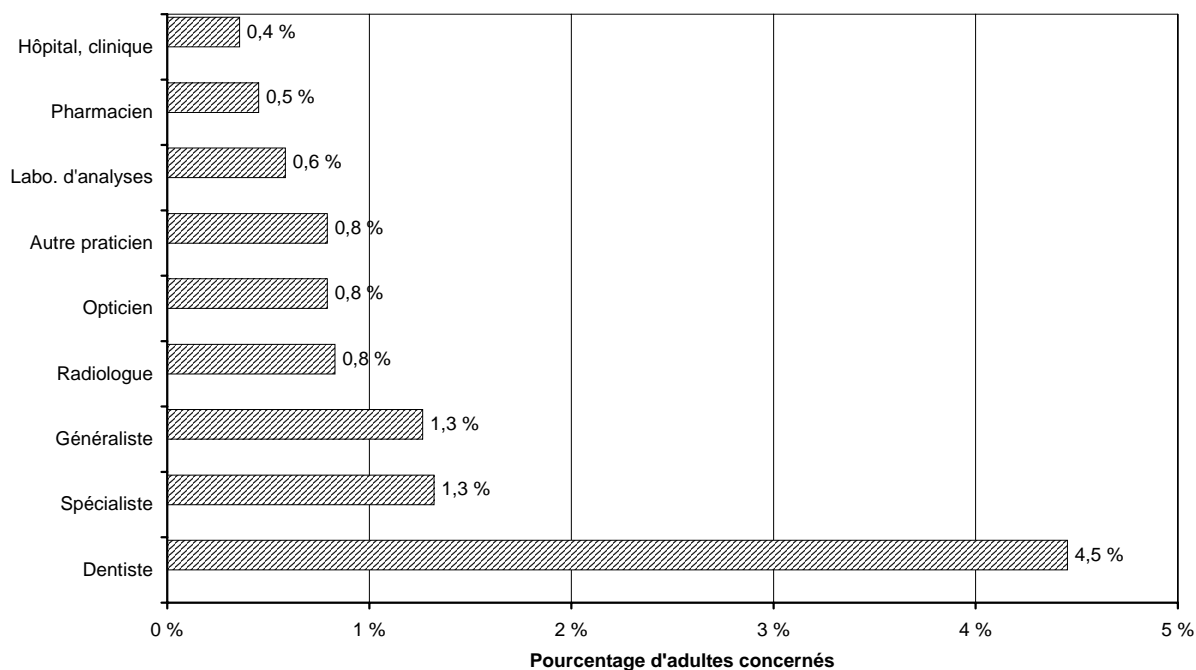
Afin de compléter les informations recueillies sur les difficultés d'accès aux soins pour raisons financières, des questions portant sur d'éventuelles demandes de délais de paiement faites à des praticiens ont été introduites.

Presque 9 % des adultes interrogés ayant eu des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête ont demandé au moins un délai de paiement à un praticien.

41 % des demandes de paiement différé sont faites auprès des dentistes ; ces demandes concernent 4,5 % des personnes interrogées, ayant déclaré avoir eu des soins en cours d'année (cf. Graphique 109).

32 % des demandes sont faites auprès de médecins, 5 % auprès de laboratoires d'analyses médicales, 4 % auprès de pharmaciens et presque 3 % concernent des hôpitaux ou cliniques. Enfin, 7 % de ces demandes s'adressent à des opticiens.

Graphique 109
Pourcentage d'adultes ayant eu des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête et ayant demandé des délais de paiement, selon la nature des praticiens concernés
France 2000



Source : CREDES-ESPS 2000

La proportion de personnes demandant des facilités de paiement est particulièrement élevée chez les dentistes. Il est probable que cette pratique soit relativement ancienne chez ces praticiens du fait du coût élevé des prothèses dentaires et de leur faible prise en charge par les caisses de Sécurité sociale.

On notera également que 13 personnes sur 1 000 personnes ayant eu des soins l'année précédant l'enquête ont demandé à leur généraliste de différer leur paiement, malgré une avance de frais relativement faible, puisque le prix moyen d'une consultation de généraliste est évalué dans l'enquête à 129 francs, et celui d'une visite à 172 francs.

Si nous dressons rapidement les grandes caractéristiques de ces personnes, on constate qu'elles sont plus nombreuses parmi les jeunes, puisque 12 % des 18-39 ans ont demandé un délai de paiement et plus nombreuses également parmi les femmes (10 % versus 6 % chez les hommes). Parmi les adultes ayant eu des soins de santé dans les 12 mois précédant l'enquête, on trouve davantage de personnes demandant des délais de paiement parmi les chômeurs, les ouvriers non qualifiés, les employés de commerce et les adultes vivant dans les ménages composés de 5 personnes et plus. Par contre, ce comportement semble moins fréquent chez les adultes disposant de la CMU⁷⁸, chez les personnes affiliées à la CANAM ou à la MSA, chez les personnes disposant de revenus élevés et parmi les adultes exonérées du ticket modérateur. On notera également que les personnes les plus malades (dont les indicateurs d'état de santé sont très mauvais) déclarent moins souvent des délais de paiement que les autres enquêtés.

Parmi ces personnes qui ont demandé un délai de paiement, moins de 49 % ont également déclaré avoir renoncé à des soins au cours de l'an passé. Ceci signifie donc que plus de la moitié des personnes qui demandent des facilités de paiement, soit 4 % des adultes interrogés qui ont eu des soins dans les 12 mois précédant l'enquête, n'ont pas déclaré avoir renoncé à des soins ; ils ne sont donc pas comptabilisés parmi les personnes ayant renoncé à se soigner pour raisons financières. Il est pourtant probable qu'une partie de ces personnes retardent leurs soins et se rapprochent donc de celles qui reportent leurs soins. Etant donné les difficultés qu'ont certains enquêtés à avancer les frais liés à différents soins, il n'est pas impossible qu'ils attendent leur remboursement, par la Sécurité sociale ou leur couverture complémentaire, pour payer le praticien.

⁷⁸ Normalement les bénéficiaires de la CMU n'ont pas à faire d'avance de frais.

Conclusion

Conclusion

Cette première exploitation des observations recueillies lors de l'enquête sur la santé et la protection sociale de 2000, sur un échantillon de 20 045 personnes, permet de confirmer l'importance de certains facteurs sur l'état de santé et les comportements de soins. Parmi ceux-ci, soulignons tout particulièrement l'effet du milieu social, de la composition du ménage, du niveau d'éducation, de la présence ou de l'absence d'activité professionnelle, du revenu et de la couverture sociale.

Ainsi, constate-t-on un état de santé nettement moins bon que la moyenne de la population, notamment chez les chômeurs, dans les ménages d'employé de commerce, dans les familles monoparentales et chez les personnes bénéficiaires de la CMU et/ou du RMI. Ces personnes déclarent en particulier présenter plus souvent des troubles mentaux ou du sommeil, des troubles de l'appareil digestif et, sauf pour les chômeurs, des affections du système nerveux.

En 2000, la mise en place de la CMU complémentaire a permis de réduire de manière importante le nombre de personnes sans couverture complémentaire maladie ; ainsi lors de l'enquête, 9 personnes sur 10 disposaient d'une couverture complémentaire. Il n'en reste pas moins que 16 % des personnes les moins favorisées financièrement n'en avaient pas en 2000, mais surtout que 15 % des personnes dont les revenus déclarés semblent se situer juste au dessus du seuil ouvrant droit à la CMU complémentaire étaient dans les mêmes conditions.

Ces personnes sans couverture complémentaire maladie, en 2000 comme dans les enquêtes précédentes, recourent moins aux soins, pour la plupart d'entre elles.

L'enquête, a permis également de mettre en évidence et/ou de quantifier différents points jusqu'à présent relativement peu étudiés en population générale. Parmi ceux-ci signalons :

- le grand nombre de personnes se plaignant de douleurs fréquentes ou récidivantes : presque un tiers de la population. Le quart de ces affections douloureuses sont d'origine vertébrale,
- la sur-morbidité des enfants et des adultes vivant dans des familles monoparentales,
- les difficultés persistantes d'accès aux soins mais aussi les moindres comportements de prévention des personnes les plus défavorisées, notamment pour les examens gynécologiques, la mammographie et l'arrêt du tabac.

Comme on peut le constater sur les multiples résultats présentés dans ce rapport, l'enquête sur la santé et la protection sociale couvre un grand nombre de domaines. Sa réalisation régulière, tous les deux ans, permet de disposer d'un outil quasi permanent d'observation des différents facteurs contribuant à la consommation ou à la non consommation de soins. De plus, sa courte périodicité permet d'intégrer lors de chaque enquête de nouvelles problématiques. Ainsi, dans l'enquête 2002, seront étudiés le recours aux soins des diabétiques, le recours aux urgences, la couverture vaccinale des adultes, le comportement nutritionnel de la population...

Glossaire

Glossaire

Affection de longue durée : un malade peut être exonéré du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dans les cas suivants :

- s'il présente l'une des affections figurant sur une liste de 30 maladies, les critères médicaux définissant ces maladies ayant été précisés par le Haut Comité Médical de la Sécurité sociale ;
- s'il est atteint d'une forme évolutive et invalidante d'une affection caractérisée ne figurant pas sur la liste précédente. On dira alors que le malade est exonéré en HL (Hors Liste) ;
- s'il est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état invalidant global. On dira alors que le malade est exonéré en ALD32.

Aide médicale : l'Aide médicale est une des formes de l'aide sociale qui assure la prise en charge totale ou partielle (le montant du ticket modérateur) des soins médicaux, dès lors que les dépenses de soins paraissent hors de proportion avec les ressources de cette personne. Elle est souvent appelée Aide médicale généralisée ou Aide médicale gratuite c'est-à-dire AMG. Elle a été supprimée au 1^{er} janvier 2000 avec la création de la couverture maladie universelle (CMU).

Artisan-commerçant : cette catégorie socioprofessionnelle comporte également les chefs d'entreprise de dix salariés ou plus.

Assurance : société commerciale à but lucratif recevant des primes de sa clientèle et versant en contrepartie, dans le domaine de la santé, des compléments aux remboursements effectués par les régimes obligatoires d'Assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires.

Assuré : un assuré est une personne affiliée à la Sécurité sociale et cotisant aux assurances obligatoires. Les assurés sont affiliés au système en fonction de leur propre situation professionnelle ou en fonction de droits qui leur sont ouverts personnellement. On peut aussi parler d'assuré à une couverture complémentaire, c'est alors la personne qui a souscrit le contrat de couverture complémentaire.

Ayant droit : personne couverte par un système de protection du fait de ses liens avec l'assuré.

Bénéficiaire : personne qui peut bénéficier d'une prestation au titre d'assuré ou d'ayant droit.

Caisse de prévoyance : organisme régi par le code de la Sécurité sociale, à but non lucratif, géré paritairement par les entreprises et les salariés adhérents.

Couverture maladie universelle (CMU) : A partir du 1^{er} janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle permet à toutes personnes résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture maladie complémentaire. En 2000, cette couverture maladie complémentaire gratuite couvre près de 5 millions de personnes. Elle permet la prise en charge, avec dispense d'avance de frais, de dépenses de santé non couvertes par le régime obligatoire de Sécurité sociale : le ticket modérateur sur les honoraires et les prescriptions des professionnels de santé, le forfait journalier hospitalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux (l'optique) dans la limite de forfaits fixés par arrêté ministériel.

Environ 3,8 millions de bénéficiaires de l'Aide Médicale Générale (AMG) et/ou du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1999, ont été automatiquement inscrits au 1^{er} janvier 2000 au bénéfice de la CMU. Depuis cette date, sont venus s'ajouter progressivement de nouveaux demandeurs, le seuil de ressources de la CMU étant plus élevé que celui de l'AMG dans de nombreux départements. Pour bénéficier de la CMU, il fallait début 2000 appartenir à un foyer disposant de moins de 3500 F par mois et par unité de consommation, seuil porté à 3600 F fin novembre 2000. Le foyer CMU se compose du demandeur, de son conjoint ou concubin et des enfants âgés de moins de 25 ans.

Débours : c'est la somme effectivement déboursée par les ménages. Il s'agit du montant perçu par le médecin, dentiste, pharmacien, etc., sans tenir compte d'éventuels remboursements ultérieurs de la Sécurité sociale ou de couvertures complémentaires. En cas de *tiers payant*, le débours peut être partiel (*ticket modérateur, dépassement*) ou nul (*exonération du ticket modérateur, tiers payant mutuelle*).

Dépassement de tarif : différence entre les honoraires exigés par un membre d'une profession de santé et ceux fixés par une convention entre la profession et les caisses d'assurance maladie, ou par un texte légal ou réglementaire.

Dépense : la dépense médicale est le total des sommes dépensées par l'ensemble des financeurs : la Sécurité sociale, les couvertures complémentaires et les ménages. Dans l'étude sur les *séances* de médecin, on étudie les " dépenses intégralement payées " ; ces dépenses correspondent à l'ensemble des séances payées en intégralité c'est-à-dire sans *tiers payant*.

Hospitalisation : sont prises en compte les hospitalisations complètes traditionnelles (jour et nuit), et les hospitalisations de jour uniquement ou les hospitalisations de nuit uniquement. Ne sont pas pris en compte les séjours dans les établissements pour handicapés. Les passages ponctuels dans les services de consultation ou d'urgence pour des actes techniques ne sont pas considérés comme une hospitalisation ; par exemple, la mise en place à l'hôpital d'un plâtre pour une fracture du bras est un acte technique, certes réalisé en milieu hospitalier, mais qui n'entraîne pas pour autant une hospitalisation.

Indice redressé par âge et sexe : l'indice de consommation à âge et sexe égal d'une sous-population est le rapport de la consommation observée de cette sous-population à la consommation qu'elle aurait eu si les personnes de chaque classe d'âge et de sexe de cette sous-population consommaient comme les personnes de la même classe démographique appartenant à l'ensemble de la population. On a retenu pour ce calcul douze groupes démographiques et dix classes d'âge par sexe. Dans le cas des taux (proportions de consommateurs), on rapporte le taux de chaque sous-population au taux qu'aurait eu l'ensemble de la population si elle avait eu la même structure démographique que la sous-population (contraste logistique).

Milieu social : il correspond au niveau agrégé de la profession ou catégorie socioprofessionnelle individuelle de la *personne de référence du ménage*. Il est donc le même pour toutes les personnes d'un ménage.

Morbidité : il s'agit des maladies ou des troubles de santé déclarés dans l'enquête par un individu. Cette morbidité déclarée est affinée par une relecture systématique des médecins codificateurs.

Mutuelle : les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui mènent dans l'intérêt de leurs membres et de leur famille des actions de prévoyance collective, de solidarité et d'entraide. Elles sont régies par le code de la Mutualité. Les membres de ces groupes adhèrent, sans obligation, en acquittant des cotisations qui leur ouvrent droit à des prestations et à l'accès à différents services. Dans le domaine de la santé, les

mutuelles interviennent principalement pour assurer une couverture sociale complémentaire à l'Assurance maladie des organismes de Sécurité sociale.

Personne de référence : la " personne de référence " (PR) d'un ménage est une notion mise au point par l'Insee, qui remplace celle de " chef de famille ". Elle est basée sur la prédominance donnée à la famille (couple avec ou sans enfant, adulte sans conjoint avec enfant), au sexe masculin, à l'activité par rapport à l'inactivité et à l'âge. Elle permet de repérer une personne servant de pivot dans tout ménage, et de décliner, à partir de ce point fixe, les liens entre les personnes composant ce ménage. Dans cette étude, c'est à partir de la profession de la personne de référence que l'on crée la variable *milieu social*.

La règle précise est la suivante :

- si le ménage comporte au moins un couple, la PR est l'homme du couple, s'il y a plusieurs couples, on choisit l'homme le plus âgé des actifs, ou à défaut d'actif, le plus âgé ;
- si le ménage comprend au moins une famille monoparentale alors la PR est, parmi les parents de ces familles monoparentales, le plus âgé des actifs ou, à défaut d'actif, le plus âgé ;
- si le ménage ne comprend aucune famille, la PR est, parmi les personnes du ménage, à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgés des actifs ou, à défaut, le plus âgé.

Dans la très grande majorité des ménages, la catégorie socioprofessionnelle de la PR est donc simplement celle de l'homme adulte, ce qu'on appelait autrefois le " chef de famille ", et cette notion souffre donc des mêmes imperfections que l'approximation du milieu social d'un ménage entier par celui du père de famille.

Exonération du ticket modérateur : les personnes exonérées du ticket modérateur ont leurs dépenses intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, dans les limites des tarifs en vigueur. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins liés à la maladie exonérante. Les dépassements de tarif restent à la charge des patients exonérés du ticket modérateur de même les soins ou produits non remboursables par l'Assurance maladie.

Population active occupée : les personnes qui ont une activité, salariée ou non, y compris comme employeur, comme personne à son propre compte, ou comme aide dans l'exploitation familiale (pour autant que l'activité dépasse 15 heures par semaine) ; on y inclut les personnes absentes de leur travail, congé, absence volontaire, empêchement temporaire de travailler par suite de conditions climatiques ou d'accidents techniques. Dans ce rapport, on utilise souvent le terme d'actifs dans le sens d'actifs travaillant ou d'actifs occupés, par opposition aux actifs chômeurs non occupés.

Profession et milieu social : la situation socioprofessionnelle résulte de la combinaison de plusieurs critères : profession individuelle (métier), secteur d'activité, statut juridique (salarié, travailleur indépendant, employeur), qualification et place dans la hiérarchie (pour les salariés), importance de l'entreprise (nombre de salariés) pour les chefs d'entreprise. Dans l'enquête SPS, les retraités sont classés à leur ancienne profession.

Les professions étudiées :

- agriculteurs exploitants,
- artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
- cadres et professions intellectuelles supérieures,
- professions intermédiaires,
- employés (y compris personnels de service),
- ouvriers (y compris salariés agricoles).

Revenu par unité de consommation : le revenu peut être considéré comme une variable de niveau social (les ménages ayant un revenu élevé sont d'un niveau social plus favorable que ceux ayant un revenu faible), on utilise alors le revenu du ménage. Il peut aussi représenter une variable de ressources (financières) disponibles ; dans ce deuxième cas, il est nécessaire de tenir compte du nombre de personnes qui vivront de ce revenu, on utilise alors le revenu par unité de consommation. Pour tenir compte des économies d'échelle, toutes les personnes du ménage ne comptent pas comme une unité à taux plein, on crée une variable dite unité de consommation. L'échelle retenue est l'échelle d'équivalence utilisée pour la CMU.

Le nombre d'unités de consommation d'un ménage est le nombre de parts entre lesquelles on divise le revenu disponible du ménage pour estimer ce dont dispose chaque individu pour vivre. S'il n'existait aucune consommation partagée, ce nombre serait exactement égal à la taille du ménage. Cependant, il ne coûte pas aussi cher de vivre à plusieurs ensemble que séparément : un couple ne consomme par exemple, pas deux fois plus d'électricité qu'un célibataire. C'est pourquoi le nombre d'unités de consommation est en général inférieur à la taille du ménage. Dans la présente étude, on calcule le nombre d'unités de consommation comme suit : 1 pour le premier adulte rencontré dans le ménage, la seconde personne pour 0,5, les personnes de rang 3 et 4 pour 0,3 et les personnes de rang 5 et plus pour 0,4.

On rapporte le revenu du ménage au nombre d'unités de consommation pour obtenir le "revenu par unité de consommation".

Précautions d'utilisation du revenu par unité de consommation

- Le revenu du ménage est généralement connu avec une forte marge d'erreur (grand nombre de non déclarations, oublis fréquents de certains revenus, ...). De plus, dans cette enquête, si l'enquêté refuse ou ne peut pas donner son revenu détaillé, pour simplifier sa tâche et ne pas lui donner un sentiment d'inquisition, on lui demande de se situer dans une échelle de 10 classes de revenus, dont on lui fournit les limites annuelles et mensuelles. Par conséquent, pour le calcul du revenu par unité de consommation, les revenus, non connus précisément, sont remplacés par le centre de la classe à laquelle ils appartiennent, ce qui introduit un élément d'imprécision supplémentaire.
- Il faut noter que lorsque la taille du ménage augmente (et le nombre d'unités de consommation), le revenu du ménage augmente également alors que le revenu par unité de consommation diminue. Les effets du revenu du ménage et du revenu par unité de consommation sont donc entachés d'un biais dérivé de l'effet taille du ménage.

Revenu minimum d'insertion (Rmi) : la loi sur le Rmi a été votée par le Parlement le 1^{er} décembre 1988. Elle a été modifiée le 29 juillet 1992.

Qui peut en bénéficier ? Toute personne résidant en France dont les ressources n'atteignent pas un certain montant, et qui s'engage à participer aux actions ou aux activités définies avec elle, nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle. Il faut avoir au moins 25 ans (ou assumer la charge d'un ou plusieurs enfants ou en attendre un). Les étudiants de plus de 25 ans sont exclus du bénéfice du Rmi (sauf si la formation est prévue dans le cadre du Rmi). La nationalité française n'est pas obligatoire. Les étrangers résidant en France doivent être titulaires d'un des titres de séjour exigés.

Quel montant ? L'allocation est égale à la différence entre le plafond calculé selon la composition de la famille et l'ensemble des ressources entrant au foyer. Le plafond mensuel est, en métropole de 2 502,30 francs maximum pour une personne seule depuis janvier 1999. Ce montant évolue en fonction du nombre de personnes à charge.

Le Rmi entraîne l'ouverture éventuelle de droits sociaux complémentaires notamment l'affiliation, par le biais de l'assurance personnelle, à l'assurance maladie des bénéficiaires du Rmi qui ne sont pas couverts par ailleurs. Les cotisations sont prises en charge par l'aide sociale départementale. De plus, grâce à la réforme de l'aide médicale en juillet 1992, les bénéficiaires du Rmi et leurs ayants droits bénéficient de plein droit à l'Aide médicale. Cette admission est totale, elle comprend la prise en charge intégrale des dépenses de

soins et du forfait journalier, la dispense d'avance des frais de soins, et, s'il y a lieu, la couverture des cotisations du régime de l'assurance personnelle. Depuis le 1^{er} janvier 2000, cette aide est remplacée par la CMU.

Séance : entrevue entre un patient et un producteur de soins dans l'exercice de sa profession, soit dans un local professionnel (consultation), soit au domicile du patient (visite). La notion de séance et sa ventilation en consultation et visite ne recouvre pas exactement celle de C et V, en particulier en cas de séances cotées en Z ou K, ou de "visites" multiples dans un même foyer.

Taille du ménage : nombre de personnes composant le ménage.

Deux nouvelles variables sont construites à partir de cette dernière : la répartition des adultes (personnes de 18 ans et plus) selon la taille de leur ménage et la répartition des enfants (personnes de moins de 18 ans) selon la taille de leur ménage. La répartition se fait bien selon la taille du ménage calculée sur l'ensemble des membres du foyer.

Taux de couverture de la population : pourcentage de la population couverte par l'Assurance maladie ou par une couverture complémentaire.

Ticket modérateur : pourcentage d'un tarif ou d'un prix laissé à la charge de la personne protégée. Actuellement pour les séances de médecin, le ticket modérateur de l'Assurance maladie est de 30 % du tarif conventionnel.

Tiers payant : système évitant à l'assuré de faire l'avance des frais et lui permettant de déboursier uniquement le ticket modérateur. Le tiers payant peut être étendu à certaines couvertures complémentaires. En cas de *tiers payant*, la Sécurité sociale paie directement au médecin, dentiste, pharmacien, etc., la somme à sa charge, laissant au patient le soin de payer le reste (*ticket modérateur, dépassement*). En cas d'accord entre la couverture complémentaire et le producteur, le tiers payant peut être étendu, pour tout ou partie, à ces sommes (ticket modérateur, dépassement).

Type du ménage : cette variable distingue : famille monoparentale, couple avec ou sans enfant, personne seule.

La règle de ventilation est la suivante :

- Personne seule ;
- Couple : les couples sont des couples de faits ; les conjoints peuvent donc être mariés ou non. Ils sont distingués selon la présence d'enfants de moins de 25 ans dans la famille ;
- Famille monoparentale : elles sont composées d'un père ou d'une mère de famille sans conjoint avec un ou plusieurs enfants de moins de 25 ans.

Deux nouvelles variables sont construites à partir de cette dernière : la répartition des adultes (personnes de 18 ans et plus) selon le type de ménage et la répartition des enfants (personnes de moins de 18 ans) selon le type de ménage. La répartition se fait bien selon le type de ménage déterminé à partir de l'ensemble des membres du foyer.

Annexe méthodologique

Annexe méthodologique

A. METHODE D'ENQUETE

A.1. L'enquête santé et protection sociale⁷⁹

En 1977, le Service d'Etudes et de Réalisations Statistiques de la CNAMTS a élaboré avec l'aide du CREDES un échantillon permanent d'assurés sociaux du régime général (EPAS) dans un double but : aider au moyen de simulations à la gestion des risques de l'Assurance maladie, et donner un nouvel outil à l'analyse de long terme.

La base de sondage est constituée du fichier "assurés" et du fichier "prestations" du régime général.

Cet EPAS, dont la représentativité s'est progressivement améliorée pour couvrir l'ensemble du territoire en 1990, permet d'obtenir des informations sur un échantillon au 1/1200^{ème} des assurés du régime général : âge, sexe, consommations médicales remboursées.

Pour compléter ces informations, le CREDES a mis au point l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) qui a débuté en 1988. En quatre ans, et à raison de deux vagues par an, plus de 22 000 assurés sociaux du régime général ont été enquêtés ainsi que les membres du ménage auquel ils appartiennent⁸⁰.

Depuis 1994, l'échantillon s'est étendu aux ménages dont un membre au moins est assuré au Régime des professions indépendantes. En 1996, il s'est étendu au régime des professions agricoles.

Cette enquête relève des données démographiques, socio-économiques, de morbidité, de protection sociale et de consommation médicale.

Les principales informations sont acquises dès le premier contact grâce au questionnaire principal, administré par l'enquêteur et qui porte sur :

- des questions d'opinion relatives au système de santé et de protection sociale,
- les caractéristiques socio-économiques des membres du ménage,
- les modes de protection en cas de maladie,
- l'hospitalisation.

Lors des contacts suivants, l'enquêteur termine le questionnaire par les points ci-dessous :

- quelques questions d'opinions,
- la nationalité,
- les revenus.

Le ménage enquêté doit également remplir lui-même certains documents dont les plus importants sont :

- le questionnaire santé, qui comprend les informations de morbidité pour chaque membre du ménage,
- le "carnet de soins", qui permet de relever pendant 30 jours les consommations médicales de tout le ménage, c'est-à-dire tous les soins ou examens médicaux reçus, tous les biens médicaux acquis et les hospitalisations.

L'enquête se déroule selon deux modalités différentes, soit par téléphone, soit par un enquêteur qui se déplace au domicile du ménage.

⁷⁹ Pour plus de précisions sur la méthode d'enquête, cf. S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph Le Fur " Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, Mise à jour ", CREDES n°1234.

⁸⁰ Les données relevées dans cette enquête sont strictement anonymes.

Depuis 1988, un quart de l'échantillon complet est enquêté tous les ans. L'échantillon entier a donc été enquêté une première fois de 1988 à 1991, puis une seconde de 1992 à 1995, puis une troisième fois de 1996 à 1998. L'échantillon de 2000, qui est la base de cette étude, regroupe les échantillons déjà tirés en 1996 et 1997. Certaines personnes sont donc enquêtées pour la quatrième fois.

Le tirage du sous-échantillon du panel, est effectué par le Centre National de Traitement Informatique (CENTI) de la CNAMTS, et les services informatiques de la CANAM et de la MSA.

Les numéros de téléphone correspondant aux adresses communiquées sont recherchés, ce qui permet d'établir deux fichiers :

- 1) Pour les assurés dont on a trouvé le numéro de téléphone, on utilise la "modalité téléphonique" qui comprend quatre appels :
 - deux appels d'explication et de recueil d'informations,
 - un troisième appel de soutien,
 - un quatrième et dernier appel de questions complémentaires et de remerciements.

Entre le premier et le second appel, des documents sont envoyés à l'assuré ; ces documents sont :

dans tous les cas :

- . un carnet de soins pour le ménage,
- . et autant de questionnaires de santé que de personnes présentes dans le foyer au moment de l'enquête.

éventuellement :

- . un questionnaire "hospitalisation",
- . un questionnaire "couverture complémentaire",
- . un questionnaire " couverture complémentaire CMU".

Ces documents sont expliqués lors des deuxième et troisième appels, puis sont renvoyés par les enquêtés directement à la société d'enquête, avant le dernier appel.

Le recueil de l'information est réalisé sur informatique à l'aide du logiciel Pollux⁸¹.

- 2) Les assurés pour lesquels on ne dispose pas du numéro de téléphone (à peu près 40 % de l'échantillon) sont enquêtés à domicile ; cette "modalité par déplacement d'enquêteur" comprend deux visites.

La première visite remplit les mêmes fonctions que les trois premiers appels de la modalité téléphonique ; c'est-à-dire que l'enquêteur pose la majeure partie du questionnaire principal et laisse à l'enquêté les documents à remplir ; la deuxième visite permet de récupérer les documents et d'en vérifier le remplissage et la cohérence.

L'ensemble du travail sur le terrain a été assuré par ISL (Institut de sondage Laviaille).

Entre le premier et le dernier appel téléphonique, de même qu'entre deux visites, un mois au moins s'est écoulé afin de respecter la durée de remplissage par l'enquêté du carnet de soins.

Le travail de chiffrage des questions médicales, effectué par des médecins, est facilité par les modalités de l'enquête ; un système de va et vient des documents entre les sociétés d'enquêtes et le centre de chiffrage permet en effet aux médecins chiffreurs de poser des questions à l'enquêté par l'intermédiaire de l'enquêteur. Le chiffrage médical est également informatisé à l'aide du logiciel Pollux.

Pour harmoniser le travail des enquêteurs, des journées de formation sont organisées avec la participation des membres du CREDES. Le chiffrage médical est assuré par la société ISL avec la collaboration du CREDES.

⁸¹ Logiciel commercialisé par Conversoft.

A.2. Taux de participation

Sur l'ensemble des adresses fournies par les 3 caisses de Sécurité sociale, près d'un tiers ne peuvent être jointes en raison de la mauvaise qualité des adresses. Parmi les assurés joints, 38 % refusent de participer à l'enquête dont 4 % en raison de problème de santé. Au total, pour l'enquête 2000, 20 076 personnes ont été enquêtées.

Tableau n° 8
Résultats de participation à l'enquête
France 2000

Année 2000	effectif total	En % adresses exploitables	En % du champ
Adresses de départ	18 191		
Adresses exploitables	16 764	100,0%	
Personnes non jointes	5 273	31,5%	
Problème d'adresse	3 779	25,5%	
<i>dt pb fichiers adresse</i>	3 571		
<i>dt annulés ISL/CREDES</i>	187		
<i>dt doubles noms</i>	21		
Assuré non joint	1 494	8,9%	
<i>dt absent*</i>	208		
<i>dt décédé</i>	163		
<i>dt sans réponse</i>	1 223		
Personnes jointes	11 591	69,1%	100,0%
Acceptés	7 101	42,4%	61,8%
Refus ou impossibilité	4 390	26,2%	38,2%
<i>dt problème de santé</i>	444		3,9%
<i>dt déjà enquêtés</i>	602		5,2%
<i>dt refus autre</i>	3 344		29,1%
Nb personnes enquêtées	20 076		
Nb de personnes retenues	20 045		

* assuré principal absent de longue durée, en maison de retraite

CREDES-ESPS 2000

En 2000, la participation a été moins bonne que les années précédentes. Cette année, certaines personnes étaient interrogées pour la quatrième fois. Il semble que ces personnes se lassent ; les refus ayant pour motif " déjà enquêtés " passent de 3,9 % en 1998 à 5,2 % en 2000.

Par contre, le taux de retour des questionnaires auto-administrés est légèrement supérieur à l'enquête 1998. Le taux de retour du questionnaire santé passe de 71 % en 1998 et 73 % en 2000 et celui du carnet de soins, de 64 % à 68 % (cf. Tableau n° 9). L'enquête 1998 comportait un plus grand nombre de questionnaires auto-administrés, la diminution du nombre de ces questionnaires semble avoir amélioré leur retour.

Tableau n° 9
Résultats concernant les différents documents de l'enquête
France 2000

Année 2000	Effectif brut
Niveau ménage	
Questionnaire principal complet	
Nombre de questionnaires principaux complets	5 878
% de ménages ayant un questionnaire principal complet	83 %
Niveau personne	
Questionnaire santé	
Nombres de questionnaires exploitables	14 568
% de personnes ayant un questionnaire exploitable	73 %
Carnet de soins	
Nombre de personnes ayant un carnet de soins exploitable	13 558
% de personnes ayant un carnet de soins exploitable	68 %

CREDES-ESPS 2000

A.3. Calcul des pondérations affectées à chaque membre

Le tirage au sort de l'échantillon des personnes à enquêter a été effectué dans les fichiers des assurés du régime général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes et de la Mutualité Sociale Agricole. Ce tirage détermine l'assuré principal.

La pondération mise en place a pour but :

1. d'une part de redonner un poids correct aux assurés de la CANAM et de la MSA par rapport aux assurés de la CNAMTS (les assurés de la CANAM et de la MSA sont au départ surpondérés afin que leur effectif soit suffisamment important pour pouvoir exploiter les résultats obtenus),
2. d'autre part, de donner un poids égal à tous les ménages, qu'ils aient un ou plusieurs membres assurés.

B. COMPARAISON AVEC LES DONNEES MACRO-ECONOMIQUES

Les informations recueillies auprès d'un échantillon aléatoire de ménages ne recouvrent pas exactement les agrégats macro-économiques, car d'une part, les champs d'observation ne sont pas rigoureusement les mêmes, et d'autre part, les définitions des unités sont différentes. Enfin, quelles que soient les sources et les méthodes utilisées, les estimations statistiques ne sont que des reflets de la réalité et sont toutes entachées d'erreurs spécifiques.

Compte tenu de ces réserves générales, il est intéressant de mettre en regard certaines données issues de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 2000 avec des informations tirées des comptes nationaux de la santé ou directement des statistiques de prestations versées par le régime général de Sécurité sociale.

B.1. Les séances de médecin

B.1.1. L'enquête santé protection sociale 2000

Les données de consommation issues de l'enquête portent sur 1 mois, mais l'observation ne couvre pas toutes les périodes de l'année ; pour des raisons techniques liées au tirage de l'échantillon aucun ménage n'est observé pendant les mois d'hiver janvier, février, mars et durant les mois d'août et septembre. Pour extrapoler à l'année, les données mensuelles sont multipliées par douze.

D'après l'enquête SPS 2000, chaque personne a eu 4 séances de généraliste et 2,6 séances de spécialiste en un an.

B.1.2. Les comptes nationaux de la santé

A partir de l'ensemble des données statistiques disponibles, les comptables nationaux estiment que chaque habitant a "contacté" 4,9 fois un omnipraticien en 1999 et 3,3 fois un spécialiste en 1997.

La notion de "contact" est assez proche de celle de "séance" retenue dans l'enquête, cependant, une part des écarts observés peut être expliquée par des différences de champ ou de définition.

Facteurs de différence entre les comptes nationaux et l'enquête SPS :

- Une partie des soins dispensés à des patients hospitalisés dans des établissements privés n'est pas facilement isolable et se trouve comptabilisée dans les soins ambulatoires dans les agrégats macro-économiques.
- La notion de "contact" recouvre celle de séance mais avec une marge d'imprécision pour les séances comprenant plusieurs actes techniques cotés en K, KC ou Z, effectués le plus souvent par des spécialistes, et qui doivent être de ce fait un peu surestimées dans les comptes de la santé.

Causes de sous-estimations de l'enquête :

- Les personnes âgées et surtout très âgées, consommatrices importantes de soins médicaux, sont sous-représentées dans l'enquête :
 - les personnes résidant en maison de retraite ne sont pas enquêtées et exceptionnellement celles vivant en logement-foyer,
 - beaucoup de personnes âgées vivent seules et lorsqu'elles sont en déplacement ou hospitalisées l'enquête ne peut avoir lieu,
 - leurs taux de refus sont élevés, les personnes âgées sont moins familiarisées avec le téléphone, elles peuvent avoir des difficultés à entendre ou avoir peur de recevoir un enquêteur, etc.
- De manière bien compréhensible, les familles où se trouve un grand malade, ou touchées par un décès, participent moins souvent à l'enquête.
- Les personnes enquêtées oublient ou négligent de noter une part de leurs consommations médicales sur les documents prévus à cet effet. Cette omission est certainement d'autant plus fréquente dans les ménages nombreux que souvent, une seule personne remplit les documents pour toutes les personnes de ce ménage.
- Enfin, certains enquêtés peuvent volontairement dissimuler une partie de leurs soins.

B.1.3. Les statistiques des régimes d'Assurance maladie

A partir des prestations nationales élaborées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et d'estimation du nombre de personnes protégées, on établit le nombre de consultations et de visites d'omnipraticien ou de spécialiste par personne protégée.

Pour le régime général, le nombre de C d'omnipraticien est de 3,9 par personne et par an alors que dans l'enquête on observe 3,4 séances de généraliste dans un local professionnel, soit une différence de 15 %.

Par contre, pour les visites, l'écart est deux fois plus important, 1,1 V d'omnipraticien au régime général et 0,6 séance au domicile du patient dans l'enquête SPS : ceci s'explique en partie par la sous-représentation dans l'enquête tant des personnes âgées que des personnes défavorisées, deux sous-groupes fort consommateurs de visites de généraliste à domicile (cf. Tableau n° 10).

Tableau n° 10
Les soins de médecin à partir de différentes sources
France 2000

Nombre par personne et par an	Omnipraticien domicile	Omnipraticien local professionnel	Ensemble omnipraticien	Spécialiste	Ensemble médecin
<i>Comptes Nationaux</i> Nombre d'actes par habitant	-	-	4,9 (en 1999)	3,3 (en 1997)	8,2
<i>Statistiques du régime général</i> Contacts en 2000, par personne (V et C)	V omniprat 1,1	C omniprat 3,9	V+C omni 5,0	V + C 1,6	V + C 6,9
<i>Enquête SPS</i> Séances par personne en 2000	0,6	3,4	4,0	2,6	6,6

Sources : - Comptes nationaux de la santé
- Programme ECO Santé France du CREDES
- ESPS 2000

B.2. Les dépenses de pharmacie

Aux causes de sous-estimations mentionnées plus haut s'ajoute le fait que dans le domaine médical comme dans les autres domaines de la consommation, les oublis sont plus nombreux pour les consommations peu onéreuses, fréquentes ou considérées comme moins importantes.

Nombre de produits achetés sans prescription ou de manière régulière, avec un prix modeste, surtout si c'est par une autre personne du ménage que celle qui remplit le carnet de soins, ne sont pas relevés.

Les dépenses de pharmacie estimées à partir des informations relevées dans l'enquête semblent très sous-estimées : d'après les comptes nationaux, la dépense de produits pharmaceutiques par habitant est de 2 714 francs en 2000, la dépense reconnue relative aux produits pharmaceutiques remboursés par le régime général est de 2 159 francs et la dépense estimée dans l'enquête est de 1 428 francs.

C. LE RECUEIL DE LA MORBIDITE

C.1. Méthode de mesure de la morbidité : des déclarations interprétées par des médecins

La morbidité prévalente un jour donné est estimée à partir d'un questionnaire individuel, appelé "questionnaire santé", comportant :

- une liste de noms de maladies ou de noms de symptômes, visant à couvrir le champ de la pathologie et aidant l'enquêté à déclarer ses troubles de santé actuels,
- un enregistrement des noms de médicaments consommés au moment de l'enquête,
- un relevé du poids et de la taille permettant d'enregistrer une obésité éventuelle,
- une question sur les interventions chirurgicales subies depuis la naissance,
- des questions sur l'aptitude à se déplacer et à faire sa toilette, avec ou sans difficultés,
- une interrogation sur le port de prothèses, l'état dentaire, et le tabagisme.

Ce questionnaire est auto-administré : théoriquement, chaque personne appartenant au ménage enquêté doit remplir elle-même le questionnaire la concernant. Les questionnaires des enfants en bas âge sont remplis par des adultes (le plus souvent la mère) mais ceux de certaines personnes âgées ou très âgées sont remplis par l'enquêteur dans le cas d'enquête par interview directe.

Ainsi, la morbidité prévalente recensée dans notre enquête est en quelque sorte "établie" par les médecins chargés du chiffrage, à l'aide de l'ensemble de ces données. Au vu des médicaments consommés et des maladies déclarées, les médecins peuvent être amenés à poser des questions aux enquêtés, par l'intermédiaire de l'enquêteur ; pourquoi la consommation de tel produit, alors qu'aucune des pathologies déclarées ne permet de l'expliquer ? Au vu également des interventions subies on peut interpréter des maladies mal précisées.

Outre les données recensées dans le questionnaire individuel, les médecins chargés du chiffrage utilisent des informations contenues dans le questionnaire principal, telles que la notion de pension d'invalidité, de cessation d'activité pour raison de santé, d'exonération du ticket modérateur, d'antécédents d'hospitalisation etc.

C.2. La classification des maladies

En 2000, une modification importante est intervenue dans le chiffrage des données médicales. En effet, le chiffrage des données de morbidité a été réalisé à l'aide de la classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM10). Lors des enquêtes précédentes, les données étaient chiffrées sur la base des codes de la CIM 9^{ème} révision. Les résultats de morbidité figurant dans ce rapport 2000 ne sont donc pas strictement comparables à ceux recueillis antérieurement. Il est prévu, afin de pouvoir travailler sur l'ensemble des données de morbidité relevées lors des enquêtes Santé et Protection Sociale (11 enquêtes depuis 1988), d'effectuer ultérieurement une table de correspondance entre les codes basés sur la CIM9 et sur la CIM10.

Les maladies présentes un jour donné sont codées en respectant scrupuleusement le code à 4 position de la CIM10. Ceci permettra notamment de comparer les résultats de l'enquête avec d'autres sources, françaises ou étrangères.

Concernant les antécédents de maladie, qui sont très fréquents dans la population vivant en ménage ordinaire (antécédent de cancer ou de maladie cardio-vasculaire notamment), la classification ne propose que quelques rares codes du type "antécédents de maladie de l'appareil circulatoire" "antécédents de maladie de l'appareil respiratoire". Comme on peut le voir, ces codes ne permettent pas de distinguer les différentes pathologies d'un même appareil. Nous avons donc codé les pathologie en utilisant les codes de pathologies et nous y avons ajouté un "digit" (A) permettant de préciser qu'il s'agit d'un Antécédent.

La présentation des résultats est réalisée en regroupant les codes en 21 chapitres. Ces chapitres ne recouvrent pas tout à fait ceux de la CIM10. En effet, les symptômes rattachables à un appareil ont été regroupés avec les maladies correspondant à cet appareil. Par ailleurs, les affections de la bouche et des dents ont été isolées des autres maladies de l'appareil digestif. Enfin, les maladies d'origine périnatale et congénitale, peu nombreuses dans l'enquête, ont été regroupées en un seul chapitre.

C.3. Les indicateurs de morbidité

Les indicateurs de morbidité utilisés par le CREDES dans ses enquêtes sont le risque vital et le degré d'invalidité. Par indicateur, il faut comprendre indications synthétiques, c'est-à-dire synthèse : en l'occurrence, synthèse de l'influence de la morbidité sur le pronostic vital et synthèse de l'influence des diverses pathologies sur le niveau d'invalidité.

Cette synthèse est réalisée, à l'issue de la codification, par les médecins chargés du chiffrage médical.

L'âge en tant que tel n'est pas un facteur qui, pris isolément, influe sur les indicateurs de morbidité. Par contre, associé à l'état de santé, il intervient comme facteur pouvant aggraver ou au contraire améliorer les notes affectées par les médecins chiffreurs.

Pour être prises en compte dans cette synthèse, les pathologies doivent être permanentes ou chroniques.

Le degré d'invalidité est codé en 8 positions et le risque vital en 6 positions.

Invalidité

- 0 pas de gêne
- 1 gêné de façon infime
- 2 peu gêné
- 3 gêné, mais mène une vie normale
- 4 doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques
- 5 activité réduite et/ou ralentie
- 6 n'a pas d'autonomie domestique
- 7 alitement permanent
- 8 impossible à déterminer (par manque d'information)
- 9 personne décédée en cours d'enquête

Risque vital

- 0 aucun indice de risque vital
- 1 pronostic péjoratif très très faible
- 2 pronostic péjoratif faible
- 3 risque possible sur le plan vital
- 4 pronostic probablement mauvais (plus de 50 % de décès dans les 10 ans)
- 5 pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de décès dans les 5 ans)
- 8 impossible à déterminer (par manque d'information)
- 9 personne décédée en cours d'enquête

Pour établir le risque vital et le degré d'invalidité, les médecins chiffreurs prennent en compte :

- les pathologies déclarées sur le questionnaire santé,
- le niveau de handicap des membres supérieurs et inférieurs déclaré sur le questionnaire santé,
- l'exonération du ticket modérateur,
- la notion "ne travaille pas pour raison de santé", information recueillie sur le questionnaire principal,
- la lourdeur des traitements en cours sur le carnet de soins,
- la fréquentation d'un établissement spécialisé pour handicapés,
- les antécédents chirurgicaux,
- les antécédents d'hospitalisation,
- le port éventuel d'une prothèse (lunettes, prothèse auditive, ...),
- la notion de tabagisme ou d'antécédent de tabagisme,
- l'état dentaire.

C.4. Le système de pondération retenu pour estimer l'invalidité et le risque vital moyens

Pour analyser l'invalidité, outre les distributions statistiques des variables qualitatives ordonnées, on a retenu une pondération simple, basée essentiellement sur les taux de pensions octroyées par l'assurance invalidité du régime général de la Sécurité sociale.

Cette assurance couvre les risques d'incapacité permanente totale ou partielle de travail, en dehors de ceux liés à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles. Trois catégories d'invalidité sont distinguées ; la pension versée est calculée par rapport à un salaire de base et est fonction de la catégorie dans laquelle la personne a été classée :

- premier groupe : invalides capables d'exercer une activité rémunérée, pension égale à 30 % du salaire de base ;
- deuxième groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque, pension égale à 50 % du salaire de base ;
- troisième groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque, et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, la pension est égale à celle versée aux invalides du deuxième groupe, majorée de 40 % (du salaire de base).

Les pondérations retenues pour l'invalidité sont les suivantes :

- | | | |
|--|----|--|
| - Pas de gêne..... | 0 | |
| - Gêné de façon infime..... | 2 | |
| - Peu gêné..... | 5 | Pas de définition au sens de la Sécurité sociale |
| - Gêné mais mène une vie normale..... | 10 | |
| - Activité professionnelle ou domestique restreinte | 30 | (Taux de pension des invalides de 1ère catégorie : 30 % du salaire de référence) |
| - Activité professionnelle ou domestique très ralentie | 50 | (Taux de pension des invalides de 2ème catégorie : 50 % du salaire de référence) |
| - Pas ou très peu d'autonomie domestique | 90 | (Taux de pension des invalides de 3ème catégorie : 90 % du salaire de référence) |
| - Grabataire alitement permanent..... | 95 | (Pas de définition au sens de la Sécurité sociale). |

Pour le risque vital, les pondérations ont été établies par référence à celles de l'invalidité :

- Aucun indice de risque vital 0
- Pronostic péjoratif très, très faible 5
- Pronostic péjoratif faible 10
- Risque possible sur le plan vital 30
- Pronostic probablement mauvais 50
- Pronostic sûrement mauvais 90

Bibliographie

Bibliographie relative à l'enquête sur la santé et la protection sociale

ENQUETE 1988

- 768 **Volatier J.-L.**, *Enquête sur la protection sociale. Résultats méthodologiques de l'enquête expérimentale.* CREDES, 1988.
- 814 **Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Evolution de l'état de santé : risque vital et invalidité, France 1980-1988*, CREDES.
- 818 **Volatier J.L.**, *Note technique : Nombre d'ayants droit par assuré selon le lien familial avec l'assuré, l'âge et le sexe et l'occupation principale*, CREDES, 1989.
- 819 **Mizrahi Ar**, *Evolution des dépenses de santé en France, 1970-1988.* CREDES, 1989/11.
- 824 **Lecomte Th, Volatier J.L.**, *La consommation d'alcool et la consommation de tabac en 1988.* CREDES, 1989/12.
- 839 **Volatier J.L.**, *Les modes de protection sociale.* CREDES, 1990.
- 847 **Bocognano A.**, *Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale.* CREDES, 1990.
- 881 **Volatier J.L.**, *La dépense de médecine de ville : facteurs socio-économiques - Enquête SPS 1988.* CREDES.
- 888 **Lecomte Th.**, *Consommation pharmaceutique en 1988 : Evolution 1980-1988.* CREDES, 1991.
- 1018 **Grandfils N.**, *Prestations, santé et protection sociale : une approche socio-économique : première exploitation de deux enquêtes jumelées : EPAS - ESPS 1988.* CREDES, 1994/06.

ENQUETE 1990

- 901 **Bocognano A., Grandfils N., Lecomte Th, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale en 1990 : premiers résultats.* CREDES, 1991.
- 910 **Grandfils N., Le Fur Ph.**, *Les consommateurs d'exams de biologie et d'imagerie : période 1988-1990.* CREDES, 1991/11.
- 913 **Bocognano A.**, *Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990.* CREDES, 1992, 81 pages
- 914 **Grandfils N.**, *Nombre d'ayants droit par assuré.* CREDES, 1992.
- 914 bis **Grandfils N.**, *Note technique : nombre d'ayants droit par assuré : annexe.* CREDES, 1992.
- 915 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Bilans de santé : facteurs socio-économiques et comportements de prévention : ESPS, 1990.* CREDES, 1992.

ENQUETE 1991

- 934 **Bocognano A., Grandfils N., Lecomte Th, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991 : Premiers résultats.* CREDES, 1992.
- 935 **Bocognano A.**, *Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale : mise à jour.* CREDES, 1992.
- 939 **Lecomte Th**, *Le tabagisme : un défi au danger.* CREDES, 1992/11, 45 pages. Prix net : 80 F.
- 947 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Bilans de santé - Suspicion de maladie et suites - ESPS 1991.*, CREDES, 1992/12.

ENQUETES 1988-1991

- 928 **Sourty-Le Guellec M.J.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale de 1988 à 1991 : l'hospitalisation*. CREDES, 1992/11.
- 944 **Llory H.**, *Disparités d'état de santé et de soins bucco-dentaires : France 1988-1991*. CREDES, 1992/12.
- 945 **Bocognano A., Lecomte Th.**, *Consommation médicale et taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire : La consommation médicale des bénéficiaires du régime général, du régime Alsace-Moselle, et du régime des travailleurs non salariés et des professions non agricoles*. CREDES, 1993/01.
- 953 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Influence de l'âge et du grand âge sur les dépenses médicales*. 26èmes journées de gériatrie. Paris, CREDES 1993.
- 962 **Grandfils N., Le Fur Ph.**, *Les inactifs pour raison de santé*. CREDES, 1993.
- 968 **Mizrahi An, Mizrahi Ar, Wait S.**, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. CREDES, 1993/06.
- 991 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Opinions sur l'avenir de l'assurance maladie et accès aux soins*. CREDES, 1993.
- 999 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991*. CREDES, 1994/01.
- 1005 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins*. Congrès de l'Association Dentaire Française., Association Dentaire Française, CREDES, 1993/12, pp. 1-28..
- 1006 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Consommation médicale et état de santé*. Communication présentée au colloque "Economie de la Santé" du 1-2-3 décembre, Ministère de l'Education Nationale CNRSMS-MAFPEN. CREDES 1994/02, pp. 1-13.
- 1031 **Grandfils N., Lecomte Th.**, *Approche médico-économique de l'asthme*. CREDES, 1994.
- 1061 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Les spécificités médicales et socio-démographiques du vieillissement*. CREDES 1995/02.

ENQUETE 1992

- 982 **Bocognano A., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1992*. CREDES, 1993/08.
- 1198 **Grandfils N.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome I, Les soins de médecin*, CREDES 1997/11.
- 1199 **Aligon A.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome II, La pharmacie et les autres biens médicaux*, CREDES 1997/11.
- 1200 **Com-Ruelle L., Dumesnil S.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome III, Les auxiliaires médicaux*, CREDES 1997/11.
- 1201 **Com-Ruelle L., Dumesnil S.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome IV, La biologie médicale*, CREDES 1997/11.
- 1254 **Aligon P., Grignon M.**. *Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis*. In : " *Les cahiers du GRATICE* ", n° 15, pp. 213-242, CREDES, 1999/01/09

ENQUETE 1993

- 1037 **Bocognano A., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1993*. CREDES 1994/10.
- 1079 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Les consommations médicales des femmes : influence de l'âge et des facteurs socio-économiques*. CREDES 1995/10.

ENQUETE 1994

- 1103 **Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Santé, soins et protection sociale en 1994*. CREDES, 1995/12.
- 1147 **Mizrahi An., Mizrahi An.**, *Protection sociale et disparités sociales de consommations médicales*. CREDES, 1996/08.
- 1147bis **Mizrahi An., Mizrahi An.**, *Sickness coverage and social discrepancies of medical consumption*. CREDES, 1996/08.

ENQUETE 1995

- 1162 **Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Santé, soins et protection sociale en 1995*. CREDES, 1996/11
- 1246 **Sourty Le Guellec M.-J.**, Profil de consommateurs de soins. CREDES., 90 pages, ISBN : 2-87812-236-4.
- 1267 **Busson O., Lucas-Gabrielli V., Rochereau T., Sermat C., Tonnelier F.**, Environnement local, santé, soins et protection sociale, CREDES, 1999/06, 126 pages, ISBN : 2-87812-241-0.
- 1269 **Com-Ruelle L., Dumesnil S.**, Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux, C.R.E.D.E.S., 1999/06, 172 pages, ISBN : 2-87812-242-9.
- 1296 **Dourgnon P., Grignon M.**, *Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé*. CREDES, 2000/03, 89 pages ISBN : 2-87812-255-0

ENQUETE 1996

- 1204 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Santé, soins et protection sociale en 1996*. CREDES, 1997/11
- 1234 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph**, *Méthode et déroulement de l'Enquête sur la santé et la protection sociale - Mise à jour*. CREDES, 2000/06
- 1260 **Bocognano A., Grignon M.**, *Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises*, CREDES, 2000/06, 8 pages.

ENQUETE 1997

- 1255 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Grignon M., Ordonneau C., Sermet C.** *Santé, soins et protection sociale en 1997*. CREDES, 1999/02
- 1255bis **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Grignon M., Ordonneau C., Sermet C.** *Santé, soins et protection sociale en 1997 - Annexes* CREDES, 1999/02
- 1277 **Le Pape A., Lecomte Th.**, Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97. C.R.E.D.E.S., 1999/09, 100 pages, ISBN : 2-87812-245-3
- 1254 **Breuil P., Grandfils N., Raynaud D.**, *Revenus, assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis*. In : " *Les cahiers du GRATICE* ", n° 15, pp. 243-276, CREDES, 1999/01/09
- 1345 **Aligon A., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Dumesnil S., Grignon M., Retailleau A.**, *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, CREDES, 2001/05, 310 pages

ENQUETE 1998

- 1281 **Aguzzoli F., Aligon A., Com-Ruelle L., Frérot L.,** *Choisir d'avoir un médecin référent*, CREDES, 1999/11
- 1282 **Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur Ph, Sermet C.,** *Santé, soins et protection sociale en 1998*, CREDES, 1999/12, 168 pages
- 1282bis **Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur Ph, Sermet C.,** *Santé, soins et protection sociale en 1998 : annexes*. CREDES, 1999/12, 137 pages
- 1290 **Com-Ruelle L., Crestin B., Dumesnil S.,** *L'asthme en France selon les stades de sévérité*. CREDES, 2000/02, 182 pages
- 1317 **Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M.,** *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?*, CREDES, 2000/10, 143 pages

ENQUETE 2000

- 38 **Boisguérin B., Gissot C. (DREES, Ministère de la santé et de la solidarité), Auvray L., Grignon M. (CREDES),** *Opinions sur la couverture maladie universelle et bénéficiaires au premier trimestre 2000*, 2001/06, Questions d'économie de la santé - Série " Résultats "

Liste des graphiques et des tableaux

Liste des graphiques

Graphique 1	
Répartition des affections de longue durée entraînant l'exonération du ticket modérateur selon la déclaration des enquêtés	18
Graphique 2	
Taux d'exonération du ticket modérateur pour des motifs médicaux des adultes de 18 ans et plus selon le type de leur ménage	18
Graphique 3	
Taux d'exonération du ticket modérateur pour des motifs médicaux selon l'occupation principale	20
Graphique 4	
Indice à âge et sexe comparables du taux d'exonération du ticket modérateur selon le milieu social	20
Graphique 5	
Répartition des personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 3 500 francs selon leur situation vis-à-vis de la CMU	25
Graphique 6	
Taux de personnes bénéficiant de la CMU selon le milieu social	27
Graphique 7	
Couverture maladie déclarée par les bénéficiaires de la CMU	29
Graphique 8	
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU) selon l'âge et le sexe	30
Graphique 9	
Nature de la couverture complémentaire hors CMU selon le milieu social	31
Graphique 10	
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire (hors CMU) selon l'indicateur de santé perçue	32
Graphique 11	
Pourcentage de contrats obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise selon le revenu mensuel par unité de consommation du ménage	34
Graphique 12	
Opinion sur le niveau de remboursement des couvertures complémentaires	36
Graphique 13	
Appréciation du montant des cotisations, selon la nature de la couverture complémentaire et le mode d'obtention de la couverture complémentaire	37
Graphique 14	
Appréciation du montant des cotisations, selon l'appréciation du niveau de remboursement des lunettes	38
Graphique 15	
Répartition des contrats de couverture complémentaire (hors CMU) selon qu'ils remboursent ou non les dépassements de spécialistes	39

Graphique 16	
Motifs d'absence de couverture complémentaire	41
Graphique 17	
Motifs de la perte de la couverture complémentaire	42
Graphique 18	
Les différents niveaux de protection sociale selon l'âge des enquêtés	43
Graphique 19	
Les différents niveaux de protection sociale selon le revenu mensuel par unité de consommation du ménage	44
Graphique 20	
Les différents niveaux de protection sociale selon le milieu social	45
Graphique 21	
Les différents niveaux de protection sociale des enfants de moins de 18 ans selon leur type de famille	46
Graphique 22	
Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe	50
Graphique 23	
Pourcentage de personnes déclarant être atteintes d'au moins une affection du chapitre, selon le sexe	50
Graphique 24	
Rapport des taux de prévalence des affections des femmes sur ceux des hommes parmi les troubles de santé les plus fréquents chez les hommes et les femmes	52
Graphique 25	
Quelques exemples de pathologies qui concernent proportionnellement.....	54
Graphique 26	
Quelques exemples de pathologies qui concernent proportionnellement.....	54
Graphique 27	
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection dans les ménages d'employé de commerce et d'employé administratif	56
Graphique 28	
Pourcentage de chômeurs et d'actifs occupés déclarant au moins une affection du chapitre considéré.....	57
Graphique 29	
Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans déclarant au moins une affection du chapitre, dans les familles monoparentales et dans celles composées d'un couple avec enfant(s)	59
Graphique 30	
Les pathologies plus fréquentes chez les adultes des familles monoparentales que chez les adultes vivant dans un ménage comportant un couple avec enfant(s).....	60
Graphique 31	
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection parmi les bénéficiaires de la CMU et les non bénéficiaires, et indice à âge et sexe comparables	60

Graphique 32	
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection parmi les bénéficiaires de chacun des trois régimes de Sécurité sociale, et indice à âge et sexe comparables	62
Graphique 33	
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection parmi les personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale et les personnes non exonérées	62
Graphique 34	
Pourcentage de personnes atteintes d'au moins une affection d'origine vertébrale, selon l'âge et le sexe.....	64
Graphique 35	
Pourcentage de personnes déclarant des douleurs fréquentes en fonction de l'intensité de la douleur, selon l'âge	65
Graphique 36	
Pourcentage de personnes ayant des difficultés à se déplacer ou à faire leur toilette, selon l'âge et le sexe	66
Graphique 37	
Pourcentage de personnes ayant des difficultés à se déplacer et indices à âge et sexe comparables, selon le milieu social, le revenu par unité de consommation et le bénéfice ou non de la CMU complémentaire	67
Graphique 38	
Fréquence du port de couronne (ou bridge), fréquence du port de dentier et indices à âge et sexe comparables selon le revenu par unité de consommation	68
Graphique 39	
Pourcentage de personnes portant des lunettes ou des lentilles selon l'âge et le sexe	69
Graphique 40	
Invalidité selon l'âge	71
Graphique 41	
Risque vital selon l'âge	72
Graphique 42	
Invalidité et risque vital moyens selon le milieu social, et indices à âge et sexe comparables	72
Graphique 43	
Niveau du risque vital moyen et indice à âge et sexe comparables en fonction du revenu mensuel du ménage	74
Graphique 44	
Niveau de l'invalidité moyenne et indice à âge et sexe comparables en fonction du revenu mensuel du ménage	75
Graphique 45	
Distribution de l'indicateur de santé perçue pour les 16 ans et plus	76
Graphique 46	
Moyenne de l'indicateur de santé perçue en fonction de l'âge et du sexe pour les 16 ans et plus	76

Graphique 47	
Moyenne de l'indicateur de santé perçue en fonction du risque vital et du degré d'invalidité pour les 16 ans et plus	77
Graphique 48	
Pourcentage de fumeurs par âge et sexe	78
Graphique 49	
Les différents comportements des hommes face au tabac	78
Graphique 50	
Les différents comportements des femmes face au tabac	80
Graphique 51	
Répartition des enquêtés en fonction de leur comportement face au tabac, selon leur milieu social Enquêtés de 16 ans et plus	80
Graphique 52	
Taux de fumeurs chez les plus de 15 ans et indices à âge et sexe comparables, selon le revenu mensuel du ménage	81
Graphique 53	
Pourcentage de fumeurs actuels ayant tenté d'arrêter de fumer à un moment de leur existence en fonction de l'âge et du sexe	82
Graphique 54	
Pourcentages d'échec et de réussite parmi les personnes ayant tenté d'arrêter de fumer, en fonction de l'âge et du sexe	82
Graphique 55	
Pourcentage d'échec parmi les personnes ayant fait au moins une tentative d'arrêt du tabac	84
Graphique 56	
Pourcentage de fumeurs fumant dans leur habitation, en fonction de l'âge et du sexe	84
Graphique 57	
Nombre de cigarettes par fumeur et par jour selon l'âge et le sexe	85
Graphique 58	
Pourcentage de consommateurs de soins de médecin, en un mois, selon l'âge et la nature des séances	89
Graphique 59	
Recours combiné au généraliste et au spécialiste selon l'âge	90
Graphique 60	
Pourcentage de consommateurs de séances de médecin en un mois selon l'âge et le sexe	90
Graphique 61	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social et la nature des séances	92
Graphique 62	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon le niveau d'études pour l'ensemble des médecins	92

Graphique 63	
Indices à âge et sexe comparables du taux de recours au médecin selon le revenu par unité de consommation	93
Graphique 64	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la taille du ménage pour l'ensemble des médecins	94
Graphique 65	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la nature des séances et le niveau de protection sociale	95
Graphique 66	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon l'accès au RMI et/ou à la CMU	96
Graphique 67	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la nature des séances et l'indicateur de santé perçue	97
Graphique 68	
Pourcentage de femmes ayant eu au moins une mammographie dans leur vie et ancienneté moyenne du dernier examen, selon l'âge	99
Graphique 69	
Taux de recours à la mammographie dans les délais recommandés, pour les femmes de 50 à 69 ans selon quelques variables socio-démographiques	101
Graphique 70	
Pourcentage de consommateurs de médecin d'un hôpital public, dans les 12 derniers mois selon l'état de santé	102
Graphique 71	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon l'âge	104
Graphique 72	
Prix moyen des séances intégralement payées par type de médecin, selon l'âge	105
Graphique 73	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social	106
Graphique 74	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau d'études	106
Graphique 75	
Débours en soins de médecin selon le revenu par unité de consommation	107
Graphique 76	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon la couverture sociale	109
Graphique 77	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau de risque vital	110
Graphique 78	
Débours par personne en soins de médecin, en un mois, selon le degré d'invalidité	110

Graphique 79	
Recours au dentiste par âge et sexe	111
Graphique 80	
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon l'âge	112
Graphique 81	
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le revenu par unité de consommation	112
Graphique 82	
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le milieu social	113
Graphique 83	
Répartition des séances selon les personnes qui les ont conseillées	114
Graphique 84	
Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois, selon l'âge et le sexe	117
Graphique 85	
Taux de consommateurs de pharmacie en un mois et indices à âge et sexe comparables, selon le milieu social	118
Graphique 86	
Taux de consommateurs de pharmacie en un mois et indice à âge et sexe comparables, selon le niveau du revenu par unité de consommation	120
Graphique 87	
Dépense mensuelle de pharmacie observée par personne, selon l'âge et le sexe	122
Graphique 88	
Décomposition de la dépense pharmaceutique par personne en un mois, en fonction du débours et du non débours et selon l'âge et le sexe	122
Graphique 89	
Débours et dépense mensuelle de pharmacie par personne selon le milieu social	123
Graphique 90	
Dépense mensuelle de pharmacie par personne dans les familles monoparentales et les familles comportant un couple avec enfant(s)	124
Graphique 91	
Dépense mensuelle de pharmacie par personne et indice à âge et sexe comparables, selon le niveau de couverture sociale	125
Graphique 92	
Dépense mensuelle de pharmacie par personne et indice à âge et sexe comparables, selon le niveau du risque vital, de l'invalidité et de l'état de santé perçue	127
Graphique 93	
Taux de consommateurs de produits pharmaceutiques en un mois selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques	129
Graphique 94	
Dépense mensuelle de pharmacie par personne selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques	130

Graphique 95

Taux de consommateurs de pharmacie en un mois selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques et selon le sexe 131

Graphique 96

Dépense mensuelle par personne selon différentes sous-classes thérapeutiques, associée au taux de consommateurs et au prix unitaire du conditionnement 132

Graphique 97

Prix unitaire d'un conditionnement selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques 132

Graphique 98

Répartition des acquisitions non prescrites, recueillies durant un mois sur le carnet de soins, par classe thérapeutique 135

Graphique 99

Pourcentage de personnes ayant demandé à leur généraliste de rajouter un ou plusieurs médicaments en plus de la prescription déjà réalisée, selon l'âge 136

Graphique 100

Les motifs les plus fréquents des demandes de prescription supplémentaire de médicaments 137

Graphique 101

La connaissance de l'expression " médicament générique " par les adultes, selon le niveau d'études, le milieu social et le revenu par unité de consommation 138

Graphique 102

Taux d'hospitalisés en trois mois, selon l'âge et le sexe 141

Graphique 103

Taux d'hospitalisés en trois mois et indices à âge et sexe comparables, selon le niveau des indicateurs de risque vital et d'invalidité et de l'état de santé perçue..... 143

Graphique 104

Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins pour motif financier, selon la nature et la date des soins 147

Graphique 105

Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins pour motif financier, au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe 148

Graphique 106

Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins pour motif financier au cours des 12 derniers mois..... 149

Graphique 107

Répartition des renoncements pour motifs financiers au cours des 12 derniers mois selon la nature des soins 150

Graphique 108

Attitude adoptée ou envisagée à la suite de renoncements aux soins pour motifs financiers 151

Graphique 109

Pourcentage d'adultes ayant eu des soins de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête et ayant demandé des délais de paiement, selon la nature des praticiens concernés 152

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
La déclaration de la CMU et de l' AMG selon la vague de l'enquête	22
Tableau n° 2	
Connaissance de la CMU parmi les ménages avec un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 3 500 francs	24
Tableau n° 3	
Pense avoir droit à la CMU parmi les ménages avec un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 3 500 francs	24
Tableau n° 4	
La déclaration d'une couverture complémentaire parmi les bénéficiaires de la CMU	28
Tableau n° 5	
Prise en charge à 100 % des bénéficiaires de la CMU qui ne déclarent pas de couverture complémentaire	28
Tableau n° 6	
Le remboursement des dépassements de spécialistes par nature de couverture complémentaire	39
Tableau n° 7	
Le remboursement des dépassements de spécialistes selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire	40
Tableau n° 8	
Résultats de participation à l'enquête	171
Tableau n° 9	
Résultats concernant les différents documents de l'enquête	172
Tableau n° 10	
Les soins de médecin à partir de différentes sources	174

Achévé d'imprimer le 7 janvier 2002
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Janvier 2002