

Premiers résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006

Sommaire

1 Communiqué de synthèse

2 Présentation de l'Enquête Santé Protection Sociale

- ☞ Objectifs de l'enquête
- ☞ De nouveaux questionnements en 2006
- ☞ Un suréchantillon de CMUistes en 2006
- ☞ Lancement de l'Enquête Santé Protection Sociale 2008

3 L'état de santé en 2006

- ☞ État de santé général : comment se sentent les Français ?
- ☞ Quelles sont les maladies les plus déclarées ?
- ☞ Qui sont les plus exposés aux facteurs de risque : tabac, alcool et surpoids ?

4 Le recours aux médecins en 2006

- ☞ Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme
- ☞ Renoncement aux soins : qui renonce à quoi ?
- ☞ Recours aux actes de prévention

5 La complémentaire santé en 2006

- ☞ Couverture complémentaire privée et CMUC : qui est couvert et qui ne l'est pas ?
- ☞ Quel effort financier doit-on fournir pour acquérir une couverture complémentaire individuelle ?

6 Extrait d'un tableau de résultats

7 Bibliographie récente

Communiqué de synthèse

Tous les deux ans, l'Enquête Santé Protection sociale (ESPS) dresse un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population de France métropolitaine selon ses caractéristiques sociales.

Les premières exploitations de l'enquête 2006 montrent une nouvelle fois le fort gradient social des statistiques de santé : ce sont les ménages dont les revenus sont les plus faibles (chômeurs, ouvriers, employés du commerce...) qui déclarent à la fois un plus mauvais état de santé, les taux de couverture en complémentaire santé les plus bas et le plus de renoncements aux soins. A l'inverse, les ménages bénéficiant des revenus les plus élevés, les cadres notamment, se déclarent en meilleure santé et bénéficient d'un accès plus facile et relativement moins cher à la complémentaire santé, notamment par l'intermédiaire de leur entreprise. Pour la première fois, l'enquête permet de calculer le taux d'effort (% de revenu) des ménages pour s'offrir une complémentaire santé. Il varie ainsi de 10 % pour les ménages les plus pauvres à 3 % pour les ménages les plus riches, sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds.

En moyenne, 7 % des Français déclarent ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 14 % avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les renoncements concernent majoritairement les soins dentaires. Sont cités ensuite les lunettes et les soins de spécialistes.

Au total, malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire et le chèque santé qui octroie une aide financière pour l'acquisition d'une complémentaire santé, l'accès à la couverture complémentaire santé reste très inégal en France.

L'Enquête Santé Protection Sociale 2006 permet également de tirer un premier bilan de la réforme du médecin traitant. Elle montre que les personnes réfractaires au dispositif ne représentent qu'environ 5 % des assurés, le reste n'ayant pas encore eu, au moment de l'enquête, l'occasion de consulter. Le nouveau dispositif est considéré comme obligatoire par beaucoup et le médecin traitant se substitue très souvent au schéma informel du médecin de famille.

L'édition 2008 de l'enquête vient d'être lancée auprès d'un échantillon de 22 000 personnes, elle permettra notamment de faire le point sur l'impact des franchises de soins en vigueur depuis janvier.

Présentation de l'Enquête Santé Protection Sociale

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les personnes résidant en France sur leur état de santé, leur recours aux services de santé et leur couverture santé. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé et sciences sociales.

En 2006, ESPS a interrogé 8 000 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture Maladie Universelle Complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population.

Objectifs de l'enquête

La nature multidimensionnelle, individuelle et panéalisée des données permet à l'enquête d'être un outil unique d'informations, de recherche et d'études. L'enquête ESPS répond aux ambitions suivantes :

- **être un outil central d'investigation pour la recherche en santé et sciences sociales.** ESPS permet notamment d'analyser les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social. Un volet de recherche important porte également sur l'équité du système de santé. L'enquête 2006 comporte un module original sur la transmission intergénérationnelle des états de santé selon le statut social qui permettra d'aller plus loin dans l'analyse des causes des inégalités sociales de santé. Afin d'investir le plus largement possible cette vaste source d'informations, la base de données ESPS est mise à disposition des chercheurs sur demande.
- **être un outil réactif.** Avec sa courte périodicité, l'enquête étant menée tous les deux ans, ESPS intègre des questionnements d'actualité. À titre d'exemple, ils portent sur les franchises de soins en 2008, le médecin traitant en 2006, la Couverture maladie universelle complémentaire depuis 2000. ESPS permet ainsi d'éclairer l'action

publique en participant à l'évaluation des politiques publiques, qu'elles soient directement ou indirectement liées à la santé.

- **constituer une source de données unique sur l'assurance complémentaire** en France. Par son questionnement spécifique sur les contrats complémentaires bénéficiant aux membres des ménages enquêtés, ESPS propose un panorama des contrats détenus et donc de la répartition des niveaux de couverture et de son évolution dans la population. Elle forme ainsi, avec l'enquête sur la complémentaire d'entreprise (IRDES, 2003) et l'enquête auprès des organismes de couverture complémentaire de la DREES, un triptyque assez complet sur ce domaine.
- **compléter l'information en santé publique.** ESPS permet d'évaluer de façon exploratoire les prévalences de pathologies en l'absence d'instruments spécifiques ou de sources exhaustives, à partir du recueil détaillé de la morbidité déclarée. Elle permet aussi, *via* des questionnements spécifiques, d'approcher de façon fine certains problèmes de santé ou affections, comme en 2006, les problèmes respiratoires, asthmatiques notamment, et les habitudes alimentaires.

De nouveaux questionnements en 2006

L'enquête ESPS, outre un module sociodémographique standard (âge, sexe, composition du ménage, catégorie socioprofessionnelle, revenu, occupation, éducation), recueille des informations particulièrement détaillées sur l'état de santé, l'expérience du patient dans le système de soins, la couverture complémentaire et d'autres dimensions du statut socio-économique. De nouveaux questionnements ont été intégrés :

- **sur la réforme du médecin traitant.** Les assurés sont interrogés sur les motifs de leur choix de désigner ou non un médecin traitant, sur leur recours aux soins de spécialistes et sur l'impact ressenti sur la qualité des traitements. L'objectif étant de répondre aux questions suivantes : comment la réforme était comprise et acceptée par les assurés ? Qu'apporte le médecin traitant par rapport à

Les questionnements de l'enquête ESPS en 2006

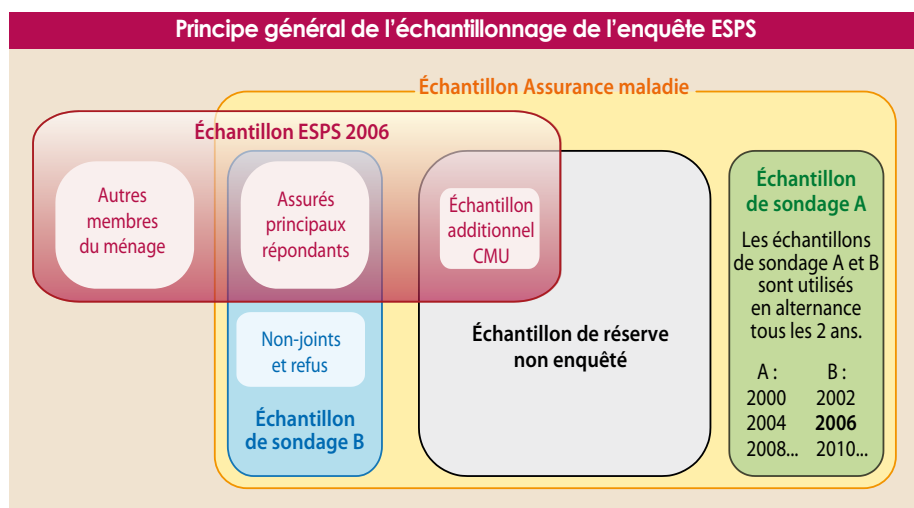
Questionnaire principal	
Répondant : un par ménage, le plus souvent l'assuré principal (90% des cas) ou un autre adulte	Contenu : - composition du ménage - revenu du ménage - renoncement aux soins pour raison financière - capital social - réforme du médecin traitant - conditions de vie dans l'enfance
Questionnaire Santé soins médicaux	
Répondant : chaque membre du ménage	Contenu : - état de santé - consommation médicamenteuse de la veille - tabac, alcool - problèmes respiratoires (asthme) - dernière séance de généraliste - dernière séance de spécialiste
Questionnaire Couverture complémentaire	
Répondant : un questionnaire par contrat	Contenu : - mode d'obtention - prix - garanties

l'informel médecin de famille? Quel est, à travers l'expérience des usagers, son impact sur l'accès au spécialiste et sur la qualité ressentie des soins?

- **sur la santé respiratoire.** Dans la lignée du plan sur l'asthme 2002-2005, le questionnaire vise à identifier les personnes asthmatiques puis le stade de sévérité clinique de l'asthme. Il s'agit d'évaluer l'évolution de la maladie et de ses stades de gravité depuis 1998, date de la dernière enquête sur l'asthme, mais aussi d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, et enfin d'analyser l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales.
- **sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents des enquêtés.** Ces questions permettront d'analyser l'influence à long terme du statut social des parents et de leur longévité sur l'état de santé des enquêtés, ainsi que la transmission des comportements à risque pour la santé.

Un suréchantillon de CMUistes en 2006

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en vigueur depuis 2000 est une couverture complémentaire publique attribuée sous conditions de ressources. L'objectif de la CMUC est d'améliorer l'accès aux soins des ménages les plus pauvres. Les personnes bénéficiaires de la CMUC représentent 7,5% de la population française. Pour contrôler l'efficacité du dispositif, l'accès aux soins et l'état de santé de cette population doivent être suivis régulièrement. Les enquêtes auprès des CMUistes aident à l'identification des problèmes spécifiques, mais ne permettent pas de vérifier que l'état de santé et l'accès aux soins des CMUistes se rapprochent du reste de la population. Pour effectuer ces comparaisons, il est nécessaire de recueillir des informations sur l'ensemble de la population. ESPS est la source de données de référence pour aborder ces questions, grâce à sa périodicité. Cependant, les personnes bénéficiant de la CMU sont sous-représentées dans l'enquête, notamment en raison d'un taux de participation plus faible que la moyenne. En effet, les ménages dont la situation sociale est précaire participent généralement moins aux enquêtes. Pour pallier cette sous-représentation, un suréchantillon de personnes protégées par la CMUC a été incorporé dans l'enquête en 2006. Près de 400 ménages supplémentaires ont été enquêtés à ce titre, ce qui permet de compter 1 700 CMUistes dans l'échantillon total en 2006.



Lancement de l'Enquête Santé Protection Sociale 2008

L'édition 2008 de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), menée tous les deux ans, a été lancée fin mars 2008.

20 000 personnes vont être contactées par les enquêteurs de l'Institut de Sondage Lavalie. Menée auprès d'un échantillon représentatif de la population assurée vivant en France, cette enquête strictement confidentielle est essentielle pour recueillir des informations sur les comportements de recours aux soins, l'état de santé et le niveau de couverture maladie selon différentes caractéristiques : âge, sexe, profession, revenu, région... Des questions d'opinion sur le fonctionnement du système de santé sont également posées.

L'enquête se déroule selon différentes modalités : contacts téléphoniques et face-à-face. La collecte des données s'étalera sur une période d'environ huit semaines (vague de printemps) et sera renouvelée à l'automne 2008. 200 enquêteurs sont mobilisés pour réaliser cette opération.

Analyses à partir d'ESPS

Depuis 1988, à partir des informations recueillies dans l'enquête, de nombreuses analyses ont été produites, en particulier sur les inégalités d'accès aux soins, l'accès à la couverture complémentaire maladie, le recours aux soins et l'état de santé des personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire et la réforme du médecin traitant. En 2008, de nouveaux questionnements permettront de faire le point sur l'impact des franchises de soins, en vigueur depuis janvier (voir la bibliographie fiche 8).

Composition de l'équipe ESPS :

- **Paul Dourgnon**
Coordinateur de l'enquête, Maître de recherche
- **Thierry Rochereau**
Responsable du terrain, Chargé de recherche
- **Caroline Allonier**
Médecin, Chargée de recherche
- **Nicolas Célant**
Stéphanie Guillaume
Nelly Le Guen
Catherine Ordonneau
Frédérique Ruchon
Gestionnaires des bases de données

Cette enquête est déclarée d'intérêt général par le ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi (arrêté du 5 février 2008, paru au Journal Officiel). Elle a obtenu le label n° 2006X717AU du Conseil National de l'Information Statistique.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à cette enquête sont protégées par le secret statistique et destinées à l'IRDES. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à l'enquête.

Pour en savoir plus

Une présentation de l'enquête menée en 2006 est disponible sur le site de l'IRDES (mise en ligne le 8 avril) :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Les questionnaires des enquêtes et l'ensemble des études publiées depuis la première enquête en 1988 sont également disponibles :
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/EnqueteESPS.html>

Extrait du Questionnaire santé 2006 : questions portant sur le recours au médecin



Ne concerne pas : les médecins vus au cours d'une hospitalisation, en hôpital de jour, aux urgences d'une clinique ou d'un hôpital ou dans le cadre de la médecine du travail.

39 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste pour vous-même ?

₁ Oui ₂ Non ➔ **Allez à la partie « Médecin spécialiste ».**



40 Au cours de ces 12 derniers mois, combien de fois avez-vous vu un généraliste ?

|_|_|

41 Quand avez-vous vu un généraliste pour la dernière fois ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année



Les questions qui suivent concernent **CETTE DERNIÈRE SÉANCE** de généraliste.

42 Était-ce votre médecin traitant ?

₁ Oui
₂ Non

Si non, pourquoi ?

- ₁ Votre médecin traitant (ou son remplaçant) était absent
- ₂ Vous étiez loin de votre domicile (vacances, déplacement...)
- ₃ C'était urgent et votre médecin (ou son remplaçant) n'était pas disponible
- ₄ Vous n'avez pas de médecin traitant
- ₅ Pour une autre raison. Précisez :

43 Cette consultation a-t-elle eu lieu :

- ₁ À votre domicile ?
- ₂ Dans le cabinet du médecin ?
- ₃ À l'hôpital ou dans un dispensaire ?
- ₄ Autre, précisez :

44 Pour cette consultation (ou cette visite) avez-vous pris rendez-vous ?

₁ Oui
₂ Non

Si oui :

- Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où vous avez pris rendez-vous et la séance ? (précisez heures ou jours)
- Auriez-vous souhaité ₁ Oui obtenir ce rendez-vous ₂ Non plus rapidement ? ₃ Nsp

45 Pour quelle raison avez-vous vu le médecin ?
Plusieurs réponses possibles

- ₁ Problème de santé
Précisez :
- ₂ Parce que vous étiez anxieux, stressé, démoralisé, pour un problème personnel
Précisez :
- ₃ Parce que vous souhaitiez voir un spécialiste
- ₄ Raison administrative (certificat médical...)
- ₅ Bilan de prévention ou conseils (diététique, bilan de routine, départ en voyage, vaccination, contraception)
- ₆ Autre, précisez :

46 S'agissait-il, pour vous, d'un problème urgent ?

₁ Oui
₂ Non

47 Était-ce dans le cadre d'un suivi régulier ?

₁ Oui
₂ Non

Télécharger l'intégralité du Questionnaire santé 2006

L'état de santé en 2006

État de santé général : comment se sentent les Français ?

Depuis 2002, l'enquête ESPS intègre les trois questions synthétiques d'état de santé utilisées dans les enquêtes européennes - que l'on qualifie de « minimodule européen ». Ces questions portent sur l'état de santé perçu, la morbidité chronique ressentie et la limitation d'activité et concernent les individus âgés de plus de 16 ans.

Trois personnes sur quatre se déclarent en bonne santé

D'après ESPS 2006, 74,3% des personnes résidant en France se perçoivent en bonne santé (« bon » ou « très bon »); 21,3% déclarent un état de santé « moyen », 3,6% un état de santé « mauvais » et 0,9% un état de santé « très mauvais ».

En toute logique, les proportions de personnes se déclarant en mauvaise santé augmentent fortement avec l'âge : après 65 ans, plus d'une personne sur deux qualifie son état de santé de « moyen » à « très mauvais ». À chaque âge, les femmes se déclarent en moins bon état de santé que les hommes. 28,6% des femmes contre 22,6% des hommes déclarent, tous âges confondus, un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais. Cette différence de perception de la santé homme/femme peut s'expliquer par une plus grande attention des femmes à leur santé, un recours aux soins plus fréquent ou encore une propension plus grande à déclarer leur maladie. Sur ce dernier point, les femmes déclarent en effet en moyenne une maladie de plus que les hommes (3,1 contre 2,2).

Réponse au minimodule européen, selon l'âge (ESPS 2006)

	Classes d'âge			
	16 - 39	40 - 64	65 et plus	Ensemble
Pourcentage de personnes déclarant...				
• un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais »	8,8	26,4	56,8	25,8
• souffrir d'une maladie chronique	11,9	28,4	52,1	26,7
• une limitation fonctionnelle	6,4	18,0	41,7	18,3

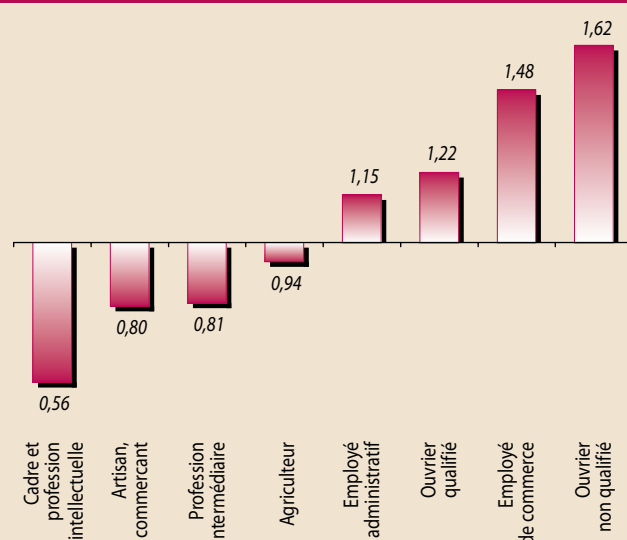
Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

Par ailleurs, tous âges confondus, 18,3% des personnes interrogées se déclarent limitées dans leurs activités courantes en raison d'un problème de santé. Un quart environ des personnes (26,7%) se déclarent atteintes d'une maladie chronique. Ces pourcentages augmentent fortement avec l'âge. Ainsi, 41,7% des habitants de France métropolitaine de plus de 65 ans déclarent une limitation fonctionnelle d'activité et plus d'une personne sur deux (52,1%) déclarent un problème de santé chronique.

L'état de santé déclaré varie selon le milieu social

Le pourcentage de personnes se déclarant en « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé varie selon le milieu social, de 15% parmi les ménages de cadres à 37% parmi les ménages d'employés de commerce. Ce gradient social persiste lorsque l'on prend en compte les différences de structures par âge et sexe des catégories de milieu social. Ce sont alors les ménages d'ouvriers non qualifiés qui se déclarent le plus fréquemment en mauvais état de santé et ceux des cadres le moins fréquemment.

Indices à âge et sexe comparables du taux de personnes se déclarant en moyen, mauvais ou très mauvais état de santé, selon le milieu social (ESPS 2006)



Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

Guide de lecture : la proportion des individus appartenant à un ménage d'ouvriers qualifiés qui déclarent un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » est 1,22 fois plus importante qu'en population générale à structure d'âge et de sexe comparable.

Quelles sont les maladies les plus déclarées ?

Les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés

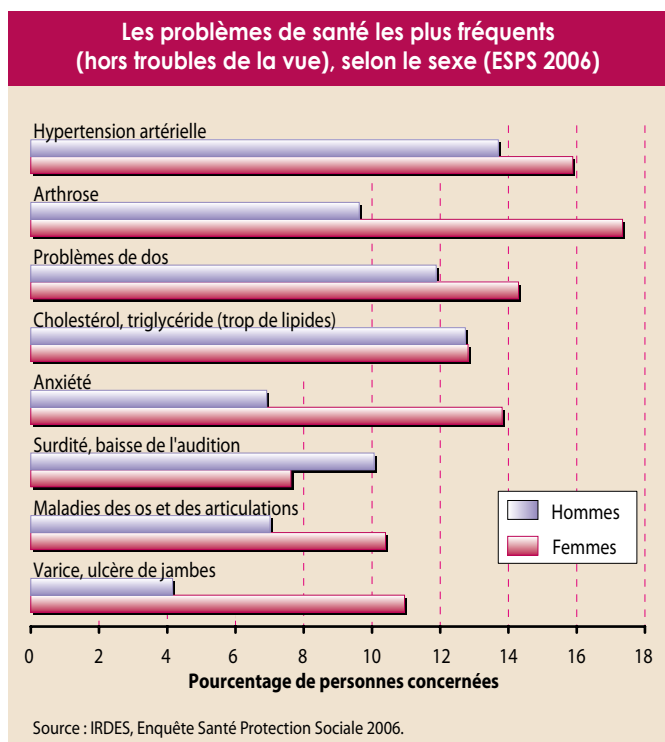
D'après l'enquête ESPS 2006, les troubles de santé les plus fréquemment déclarés sont les troubles de la vue tels que les myopies, les hypermétropies ou les presbyties : ils concernent près de 60% des personnes interrogées.

En dehors des troubles de la vue, les maladies les plus fréquentes sont, âges et sexes confondus : l'hypertension artérielle (14,9%) ; les problèmes rhumatologiques comme l'arthrose (18%) ou les problèmes de dos (13,2%) et les problèmes de cholestérol (12,8%).

L'anxiété est également fréquente puisqu'elle concerne plus de 10% des personnes interrogées.

En dehors des maladies de l'oreille et des pathologies respiratoires, plus fréquentes chez les hommes, les femmes déclarent généralement, pour tous les grands groupes de pathologies, plus de troubles de santé.

Cette tendance est d'autant plus marquée pour les troubles psychiques, telles la dépression nerveuse (7,1% des femmes et 3,7% des hommes) et l'anxiété (13,8% des femmes et 6,9% des hommes) et les maladies du système nerveux, en particulier les migraines (9,3% des femmes et 2,8% des hommes).



Des maladies spécifiques pour chaque classe d'âge

Avec l'âge, la nature des maladies évolue. Chez les moins de 16 ans, ce sont principalement les troubles de la vue qui prédominent (19%) et les rhinopharyngites (13%).

La tranche d'âge des 40-64 ans correspond à l'apparition des facteurs de risque et maladies cardio-vasculaires. Ainsi, l'hypertension artérielle concerne 17,8% des adultes de cette classe d'âge alors que cette pathologie est presque inexistante dans les classes d'âge précédentes.

Chez les plus de 65 ans, en dehors des problèmes de vue et des prothèses dentaires, deux groupes de maladies prédominent : les problèmes cardio-vasculaires et les problèmes ostéo-articulaires. L'hypertension artérielle concerne 50,9% de cette classe d'âge, les troubles du rythme cardiaque, 17,2%, et les varices 19,1%. 38% des personnes interrogées déclarent un taux de cholestérol et de triglycérides trop important. Par ailleurs, 23,2% des personnes de plus de 65 ans déclarent une arthrose du genou et 21,6% des lombalgies.

Qui sont les plus exposés aux facteurs de risque : tabac, alcool et surpoids ?

Qui fume ?

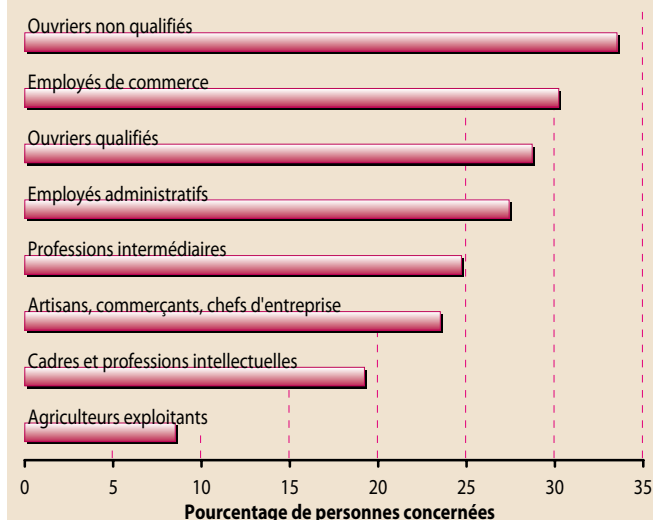
En 2006, un Français sur quatre déclare fumer de façon habituelle. Cette proportion est maximum entre 20 et 29 ans (39 %) puis diminue avec l'âge (33 % entre 30 et 49 ans ; 23 % entre 50 et 59 ans ; 14 % entre 60 et 69 ans). Les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer que les femmes (30 % contre 20 %). On constate des différences par catégorie socioprofessionnelle : les ménages d'ouvriers et d'employés se distinguent par un tabagisme plus fréquent avec un tiers de fumeurs habituels contre un cinquième chez les ménages de cadres (cf. le graphique ci-contre).

Qui sont les buveurs à risque ?

D'après l'enquête ESPS, en 2006, le risque d'alcoolisation excessive, ponctuel ou chronique, touche près d'un homme sur quatre et plus d'une femme sur dix. Globalement, le risque d'alcoolisation excessive chronique augmente avec l'âge alors que le risque ponctuel concerne plus fréquemment les 20-29 ans pour diminuer ensuite avec l'âge.

Une étude récente sur les données ESPS 2002 et 2004 montre que les liens entre risque d'alcoolisation excessive et caté-

Répartition des fumeurs, selon la catégorie sociale (ESPS 2006)



Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

gories socio-économiques sont contrastés. Chez les femmes, le risque n'est patent que pour les cadres alors que chez les hommes, il touche aussi bien les ouvriers que les cadres, mais moins fréquemment les employés. Le risque est plus souvent chronique que ponctuel chez les personnes ayant connu des épisodes de précarité au cours de leur vie, chez les hommes exerçant une profession intermédiaire, chez les artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, ainsi que chez les hommes ayant des revenus faibles. La non-consommation, quant à elle, se concentre dans les catégories les moins aisées.

Cette étude montre également que les comportements à risque sont moins fréquents chez les personnes vivant au sein d'une famille, sauf lorsque l'un des membres présente un usage à risque.

Pour en savoir plus : Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. (2008), *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Questions d'économie de la santé* (129).

Voir aussi

L'objectif 2 de la loi de santé publique dans le rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-02.pdf>.

Comment se répartissent les différents modes de consommation d'alcool ? (ESPS 2006)

	Volumétrie hebdomadaire en nombre de verres standards*	et	Consommation de 6 verres ou plus en une occasion	Profil de consommateurs	Pourcentage de personnes concernées
Hommes	0 verre		Jamais	Non-consommateurs	17
Femmes	0 verre				34
Hommes	≤ 21 verres		Jamais	Consommateurs sans risque	36
Femmes	≤ 14 verres				50
Hommes	≤ 21 verres		≤ 1 fois / mois	Consommateurs à risque ponctuel	33
Femmes	≤ 14 verres				14
Hommes	≥ 22 verres		≥ 1 fois / semaine	Consommateurs à risque chronique	14
Femmes	≥ 15 verres				1

*Un verre standard contient environ 10 grammes d'alcool

Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

Champ : enquêtés de 16 ans ou plus ayant répondu aux questions sur l'alcool.

Guide de lecture : Les hommes qui boivent en moyenne 22 verres d'alcool ou plus par semaine, ou ceux qui consomment, au moins une fois par semaine, 6 verres ou plus en une même occasion, sont des consommateurs à risque d'alcoolisation excessive chronique. Ils représentent 14 % de la population masculine.

Qui est en surpoids ou en situation d'obésité ?

D'après les déclarations de poids et de taille dans l'enquête ESPS 2006, 26,7% des personnes résidant en France sont en situation de surpoids¹ et 10,5% sont obèses¹.

Globalement, la surcharge pondérale est plus élevée chez les hommes (32%) que chez les femmes (21%). En revanche, la prévalence de l'obésité est équivalente pour les deux sexes (10,5%). Ces prévalences augmentent avec l'âge, de 15% entre 20 et 29 ans à 40% environ après 50 ans.

La prévalence de l'obésité varie fortement selon le milieu social. Le surpoids varie ainsi de 23% pour les ménages

de cadres et professions intellectuelles à 29% pour les ménages d'ouvriers. Les différences sont encore plus nettes pour l'obésité avec un taux de prévalence de 6,3% pour les ménages de cadres et professions intellectuelles, de 14,7% pour les ménages d'employés du commerce et 13,9% pour les ménages d'ouvriers non qualifiés. Ce gradient social persiste lorsque l'on prend en compte les structures par âge et sexe des catégories du milieu social. Ce sont toujours les ménages d'ouvriers non qualifiés et les ménages d'employés du commerce qui sont le plus concernés par l'obésité (1,4 fois plus que la moyenne de la population) et les ménages de cadres et professions intellectuelles, le moins (1,4 fois moins que la moyenne).

¹ Le surpoids et l'obésité sont définis selon les normes internationales de l'OMS : pour les personnes âgées de plus de 18 ans, le surpoids correspond à un Indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 30 kg/m² et l'obésité à un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m² ; pour les enfants et les adolescents, les normes utilisées tiennent compte de l'âge.

Voir aussi

L'objectif 5 de la loi de santé publique dans le rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-05.pdf>.

Extrait du Questionnaire santé 2006 : premières questions portant sur l'état de santé

1 Comment est votre état de santé général ?

- ₁ Très bon
₂ Bon
₃ Moyen
₄ Mauvais
₅ Très mauvais

2 Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- ₁ Oui
₂ Non
₃ Je ne sais pas

3 Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- ₁ Oui, fortement limité
₂ Oui, limité
₃ Non

4 Indiquez votre poids : | _ | _ | _ | kg

vosre taille : | _ | m | _ | _ | cm

5 Avez-vous déjà été opéré(e) ?

- ₁ Oui
₂ Non

Si oui, précisez la nature des interventions :

.....

6 Portez-vous ?

- ₁ Des lunettes ou des lentilles
₂ Une prothèse auditive
₃ Une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...)
₄ Une prothèse dentaire amovible (dentier)
₅ Un appareil de redressement dentaire
₆ Une autre prothèse (hanche, pile pour le cœur...)
 Si oui, précisez :

₇ Aucune prothèse

7 Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? (0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé) :

..... | _ | _ |

8 Diriez-vous que votre état dentaire est ?

- ₁ Très bon
₂ Bon
₃ Mauvais
₄ Très mauvais

Le recours aux médecins en 2006

Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme

Les données de l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 permettent de dresser un premier bilan du dispositif de médecin traitant, un des piliers de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 (cf. encadré au dos).

Près de 8 personnes sur 10 déclarent avoir choisi un médecin traitant, le plus souvent leur médecin de famille

78 % déclarent avoir choisi un médecin traitant. Parmi eux, 93 % ont déclaré avoir déjà un médecin habituel ou de famille et c'est ce médecin qui a été choisi presque systématiquement (92 %).

Les 22 % se trouvant hors du dispositif évoquent les raisons suivantes : l'absence d'occasion ou le manque de temps (14 %) ; le fait de vouloir rester libre de changer de médecin (5 %) ; le fait que leur médecin ne le leur ait pas proposé (3 %).

Autrement dit, 17 % ont un médecin de famille ou habituel sans avoir fait le pas de la déclaration et seuls 5 % sont réfractaires à la fidélisation. Ces derniers sont en général plus jeunes et déclarent un meilleur état de santé.

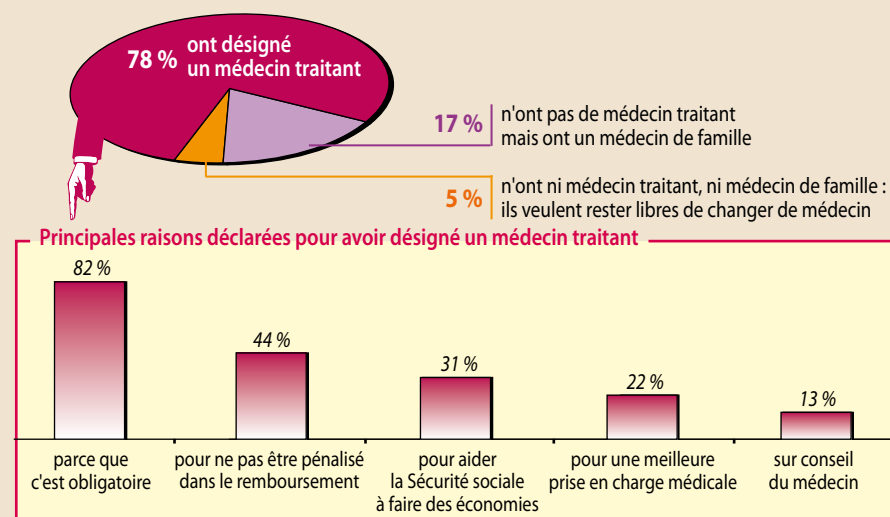
Pour huit optants sur dix, choisir un médecin traitant est obligatoire

Parmi les personnes interrogées déclarant avoir opté pour un médecin traitant, 82 % désignent comme premier motif de leur choix le caractère obligatoire du dispositif (qui en réalité ne l'est pas). Les raisons invoquées ensuite sont économiques, civiques et enfin, médicales :

- une personne sur deux déclare ne pas souhaiter être pénalisée dans ses remboursements (44 %)
- une personne sur trois a la volonté de faire réaliser des économies à la Sécurité sociale (31 %)
- près d'une personne sur quatre y voit un moyen d'améliorer sa prise en charge médicale (22 %). Enfin, pour un peu plus d'un optant sur dix, la sélection d'un médecin traitant résulte d'un conseil médical (13 %) (cf. graphique ci-dessous).

Les motifs d'amélioration de la prise en charge et d'économies pour le système de santé sont plus souvent évoqués et associés par des personnes plus jeunes, en bonne santé et d'un niveau d'éducation supérieur à la moyenne. A l'inverse, les personnes plus malades et plus âgées sont entrées dans le système au cours de leur prise en charge médicale et dans un cadre ressenti comme contraint.

Réforme du médecin traitant : principales raisons déclarées (ESPS 2006)



Désigner un médecin traitant est avant tout lié au fait d'avoir un médecin de famille

Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir un médecin de famille : l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant. Ceci confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est plaqué sur un schéma informel préexistant, les assurés y basculant naturellement dans le cadre de leurs relations avec leur médecin habituel ou de famille. Les hommes,

les jeunes adultes, les actifs, en particulier les chômeurs, ont une probabilité plus forte de ne pas désigner de médecin traitant. À l'inverse, les personnes plus âgées ou en mauvaise santé ont plus souvent un médecin traitant. Les personnes sans couverture complémentaire ni CMU complémentaire (CMUC) ont près de trois fois plus de chances de ne pas avoir de médecin traitant.

Peu de changements ressentis dans la prise en charge médicale

Nous manquons encore de recul pour pouvoir véritablement mesurer les effets de la réforme sur la qualité des soins. Le sentiment des patients nous apporte cependant sur ce plan un premier éclairage : huit personnes sur dix (82 %) ont eu le sentiment d'une absence de changement dans leur suivi. 11 % des personnes n'ayant pas consulté depuis la mise en place du « médecin traitant » n'ont pas été en mesure de constater un éventuel changement. Au final, seules 5 % des personnes ont eu le sentiment d'être mieux suivies et 2 % d'être moins bien suivies.

Le médecin traitant : pas d'obligation mais des sanctions financières pour l'assuré qui ne respecte pas le parcours des soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004. Dès le 1^{er} janvier 2005, les assurés de plus de 16 ans ont été invités à choisir leur médecin traitant et à le déclarer à leur caisse d'Assurance maladie. Les nouvelles conditions de prise en charge pour l'assuré sont effectives depuis le 1^{er} janvier 2006.

Assurés dans le parcours de soins : les assurés qui consultent leur médecin traitant ou son remplaçant ou un autre médecin sur orientation de leur médecin traitant sont remboursés comme avant : 70 % du tarif de convention. Ils gardent la possibilité de consulter directement, dans le cadre d'un suivi régulier, un gynécologue ou un ophtalmologue sans pénalisation de remboursement. Les jeunes âgés de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement un psychiatre, sans pénalités. Pour les soins dentaires, l'accès au chirurgien-dentiste reste libre.

Assurés hors parcours de soins : les assurés n'ayant pas fait le choix du médecin traitant et préférant rester libres d'accéder directement aux soins de spécialistes sont moins bien remboursés : 60 % du tarif de convention. De plus, l'assuré consultant un spécialiste de secteur 1 « hors parcours de soins » et « hors situation d'urgence ou d'éloignement occasionnel de son domicile » peut se voir imposer une majoration plafonnée par consultation. Dans les faits, c'est le spécialiste qui au final décide de classer ou non le patient dans le parcours de soins.

Il est prévu que les complémentaires maladie, sous peine de ne plus bénéficier des avantages fiscaux afférant aux contrats d'assurance dits « responsables », ne compensent pas ces diverses pénalités qui demeurent donc entièrement à la charge de l'assuré.

Voir aussi sur le site de l'Assurance maladie : [Le médecin traitant en pratique](#)

Pour en savoir plus

Hourcade P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2007), Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. IRDES *Questions d'économie de la santé* (124).

<http://www.irdes.fr/Publications/QES/QES124.pdf>

Renoncement aux soins : qui renonce à quoi ?

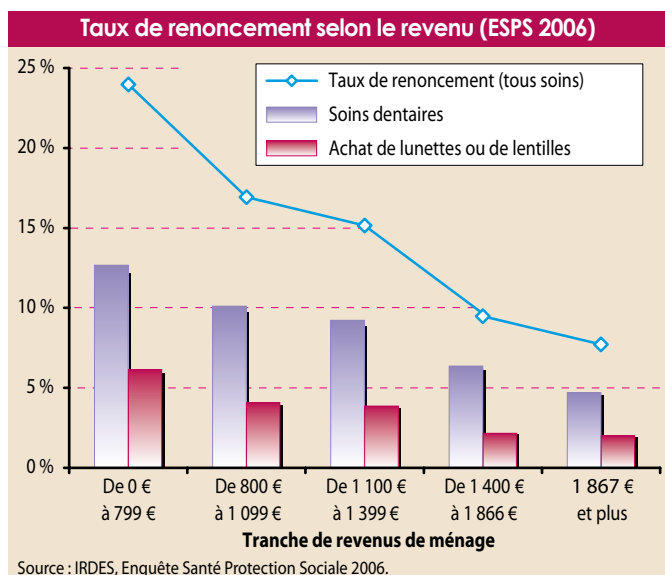
Près de la moitié des renoncements concernent la santé bucco-dentaire

En 2006, 14 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. 22 % des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, 63 % citent les soins bucco-dentaires, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes.

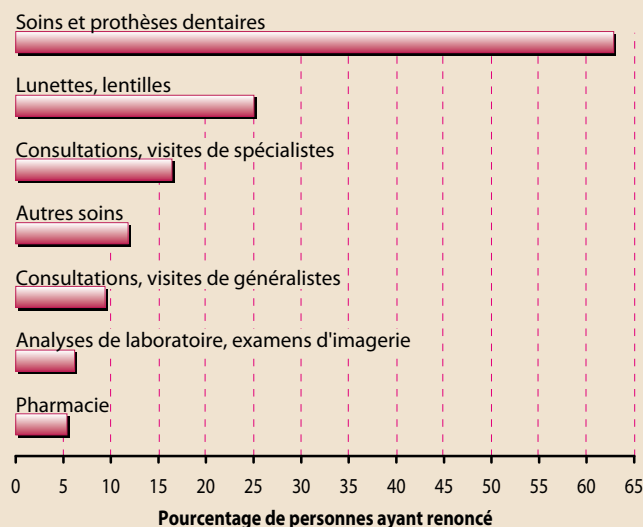
L'absence de couverture complémentaire est le principal facteur de renoncement

Le taux de renoncement varie fortement en fonction du niveau de revenu des ménages (24 % pour la première tranche, contre 7,4 % pour la dernière). Les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent renoncer le plus (respectivement 21 %, 19 % et 19 %).

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, contre 19 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire et 13 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMUC).



Motifs de déclaration de renoncement aux soins pour raisons financières (ESPS 2006)



Les femmes déclarent renoncer à hauteur de 16,5 % contre 12 % pour les hommes. Le renoncement diffère également selon la classe d'âge : il est maximal entre 40 et 64 ans (16 %) et minimal au-delà de 65 ans (7 %).

Renoncement au médecin spécialiste depuis la réforme du médecin traitant

Seule une personne sur vingt (5 %) déclare avoir « renoncé à consulter un médecin spécialiste, depuis la réforme du médecin traitant ». Le taux de personnes ayant renoncé pour des motifs directement liés à la réforme est lui de 3,7 % (« c'était trop cher pour moi », « c'était trop compliqué de passer par le médecin traitant », « je voulais voir un spécialiste directement mais c'était devenu trop cher »). Ce taux doit toutefois être considéré avec précaution et ce, pour différentes raisons. En effet, près d'un Français sur dix ne consomme pas de soins de santé au cours d'une année et deux sur trois ne consultent pas de spécialiste. D'autre part, le questionnement intervient trop peu de temps après la mise en oeuvre de la réforme. Ainsi, 14 % des enquêtés répondent ne pas avoir eu l'occasion de consulter un spécialiste depuis la réforme. Enfin, le renoncement est une notion subjective, les besoins de soins non satisfaits n'étant pas strictement comparables d'un individu à l'autre. En particulier, on ne sait pas s'ils portent sur des soins médicalement justifiés ou non. Mais si le niveau de renoncement déclaré n'est pas instructif en tant que tel, l'étude de l'influence de la désignation d'un médecin traitant sur le renoncement déclaré apporte, quant à elle, un éclairage

sur l'impact de la réforme et l'accès au spécialiste, une fois contrôlés les effets de la situation socio-économique et de la santé perçue des individus. En effet, parmi les personnes qui renoncent, le motif économique revient dans les mêmes proportions que l'on ait choisi un médecin traitant ou non. Il apparaît cependant qu'à profil socio-économique et état de santé comparables, l'impact du médecin traitant sur le renoncement aux soins de spécialiste est très significatif. Il

augmente de 40% la probabilité de déclarer renoncer, même si cette situation reste peu fréquente.

Voir aussi

L'objectif 33 de la loi de santé publique dans le rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-33.pdf>.

Extrait du Questionnaire principal 2006 : questions portant sur le renoncement aux soins

Q 2. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

1. Oui 2. Non

Si oui : ↓

Q 2.1 A quels soins avez-vous renoncé ? (3 réponses possibles)

(Ne pas suggérer)

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
01. Prothèses dentaires.....	01	01	01
02. Soins dentaires.....	02	02	02
03. Lunettes (verres, montures, lentilles).....	03	03	03
04. Consultations, visites et soins de spécialiste.....	04	04	04
<i>précisez sa spécialité.....</i>
05. Consultations, visites et soins de généraliste.....	05	05	05
06. Radios et autres examens d'imagerie.....	06	06	06
07. Pharmacie non remboursable.....	07	07	07
08. Pharmacie remboursable.....	08	08	08
09. Kinésithérapie, massages.....	09	09	09
10. Analyses de laboratoires.....	10	10	10
11. Cure thermale.....	11	11	11
12. Autres.....	12	12	12
<i>précisez.....</i>

Q 2.2 Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ?

(pour chaque soin)

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
Renoncé.....	01	01	01
Reporté.....	02	02	02
Ne sait pas encore.....	03	03	03

 [Télécharger le Questionnaire principal 2006](#)

Recours aux actes de prévention

L'enquête ESPS 2006 recueille des informations sur le taux de recours aux soins de prévention, notamment dans le cadre du dépistage du cancer : recours aux mammographies (dépistage du cancer du sein), aux frottis cervico-utérin (dépistage du cancer du col de l'utérus), aux tests hemocult (dépistage du cancer du côlon).

Recours à la mammographie :

Le taux de couverture par la mammographie est estimé dans l'enquête ESPS par la proportion de femmes âgées de 50 à 75 ans ayant passé l'examen depuis moins de trois ans. Ce taux approche les 90 % entre 50 et 69 ans puis chute à 75 % entre 70 et 79 ans. L'analyse selon les caractéristiques socio-économiques montre des disparités. Si l'on considère le milieu social, les taux de couverture les plus faibles sont observés chez les ménages d'ouvriers non qualifiés (77 %) et les ménages d'agriculteurs (80 %), les plus élevés chez les ménages de professions intermédiaires (89 %) et les ménages de cadres (95 %). Selon les revenus, le taux varie de 71 % pour les femmes appartenant à des ménages à revenu faible à 92 % pour celles ayant des revenus élevés. Le niveau d'études joue également puisque 80 % des femmes n'ayant pas été au-delà de l'école primaire déclarent avoir eu une mammographie récente contre 95 % de celles ayant un niveau d'études supérieures. À noter également que le fait d'avoir une complémentaire santé (y compris CMUC) est associé à un meilleur accès à ce recours de prévention puisque 32 % des personnes sans complémentaire santé déclarent ne pas avoir bénéficié de l'examen depuis au moins trois ans contre 13 % des personnes couvertes.

Voir aussi

L'objectif 50 dans le rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-50.pdf>

Recours au frottis :

Le taux de couverture par le frottis cervico-utérin est estimé dans l'enquête ESPS par la proportion de femmes âgées de 20 à 65 ans ayant subi l'examen depuis moins de 5 ans. On y retrouve les principales disparités sociales observées pour la mammographie : parmi les ménages d'ouvriers non qualifiés, d'agriculteurs ou d'employés du commerce, plus d'une femme sur quatre déclare ne jamais avoir fait de frottis (ou

qui date de plus de cinq ans) contre seulement une femme cadre sur dix. Le taux de couverture progresse régulièrement avec l'échelle des revenus et on constate une inégalité de recours très nette entre ceux qui bénéficient d'une couverture complémentaire et ceux qui en sont dépourvus (84 % contre 60 %)

Voir aussi

L'objectif 48 dans le rapport 2007 sur l'état de santé de la population en France : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-48.pdf>

Recours au test hemocult :

Le taux de couverture par le test hemocult (examen préconisé pour le dépistage du cancer du côlon) est estimé dans l'enquête ESPS par la proportion de personnes âgées de 50 à 74 ans n'ayant jamais fait le test. Environ deux tiers des personnes interrogées déclarent ne pas avoir fait le test. Contrairement à la mammographie et au frottis, les disparités sociales sont moins marquées, la différence la plus nette étant relevée entre les bénéficiaires d'une complémentaire santé et les non-bénéficiaires (65 % contre 77 % qui déclarent ne pas avoir fait le test). Cette action de dépistage est encore mal connue du grand public et explique une diffusion encore faible et qui devrait vite progresser, en raison de la vaste campagne de dépistage lancée en 2008 (voir sur le site de l'Institut national du cancer : http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/plan_actions_sn_colorectal_2008.pdf).

Ces données sur le recours aux actes de prévention seront exploitées plus finement par l'Institut national de veille sanitaire (site de l'InVS).

Extrait du Questionnaire couverture complémentaire 2006

Comment la mutuelle ou l'assurance a-t-elle été obtenue ?

4. Comment l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, a-t-il obtenu cette mutuelle ou assurance ?

- L'assuré est salarié ⇒ ₁ par son entreprise actuelle ou son administration ;
 ↳ elle est..... ₁ obligatoire ₂ facultative
₂ par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est non salarié ⇒ ₃ par son milieu professionnel (loi Madelin...)
₄ par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est retraité, veuf ⇒ ₅ a conservé celle de son ancienne entreprise (ou celle de son conjoint décédé)
₆ par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est étudiant ⇒ ₇ par son école, son université, sa fac... (mutuelle étudiante)
₈ sans lien avec le milieu universitaire
- Autre situation (chômeur, au foyer...) ⇒ ₉ par ses propres moyens, par une démarche personnelle
₁₀ autres, précisez [] aut1

5. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il déjà protégé par une mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui, déjà par cette mutuelle (ou assurance).
 ↳ Depuis combien d'années ? [][][]
- ₂ oui, mais par une autre mutuelle (ou assurance)
 ↳ question 5.1
- ₃ non ⇒ allez à la question 6.

5.1 Pourquoi a-t-il changé ?

- ₁ changement de situation familiale (divorce, sortie du foyer, déménagement...)
- ₂ changement de situation professionnelle (étudiant, changement de travail, retraite...)
- ₃ décision de l'employeur (changement de prestataire, contrat devenu obligatoire, restructuration...)
- ₄ sortie de la CMU
- ₅ non satisfait de la précédente mutuelle ou assurance (trop chère, remboursements trop faibles, délais trop longs...)
- ₆ autre, précisez :

Qui paie pour cette mutuelle ou assurance ?

6. L'assuré ou quelqu'un de son foyer, verse-t-il une cotisation pour cette mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas
- ↳ Si oui : quel montant de cotisation, ou prime, versez-vous à cette mutuelle ou assurance ? [][][][][] €
 Précisez : ₁ par mois
₂ par trimestre
₃ par semestre
₄ par an
₅ autre, précisez :

7. Un employeur ou comité d'entreprise verse-t-il une cotisation pour cette mutuelle ou assurance ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

Rapport qualité/prix de cette mutuelle ou assurance

8. Pensez-vous que votre mutuelle ou assurance vous offre un rapport qualité / prix :

- ₁ très bon ₃ plutôt mauvais ₅ ne sait pas
- ₂ plutôt bon ₄ très mauvais

9. Pour chacun des soins suivants, pensez-vous être plutôt bien, ou plutôt mal remboursé par votre complémentaire santé ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait hospitalier
Plutôt bien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Plutôt mal	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Ne sait pas	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃

10. Cette mutuelle ou assurance propose-t-elle :

	oui	non	ne sait pas
un réseau de dentistes agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
un réseau d'opticiens agréés :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
le tiers payant intégral dans certaines pharmacies :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
des conseils de prévention (nutrition, tabac, diabète...) :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
l'étude de vos devis pour certains soins :	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

11. Depuis la réforme du médecin traitant, les consultations de certains spécialistes réalisées sans l'accord du médecin traitant sont moins bien remboursées par la Sécurité sociale.

Votre contrat complémentaire compense-t-il ces moins bons remboursements de spécialistes par la Sécurité sociale ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

La complémentaire santé en 2006

Couverture complémentaire privée et CMUC : qui est couvert et qui ne l'est pas ?

Les jeunes adultes et les personnes très âgées sont les moins couverts par une couverture complémentaire maladie

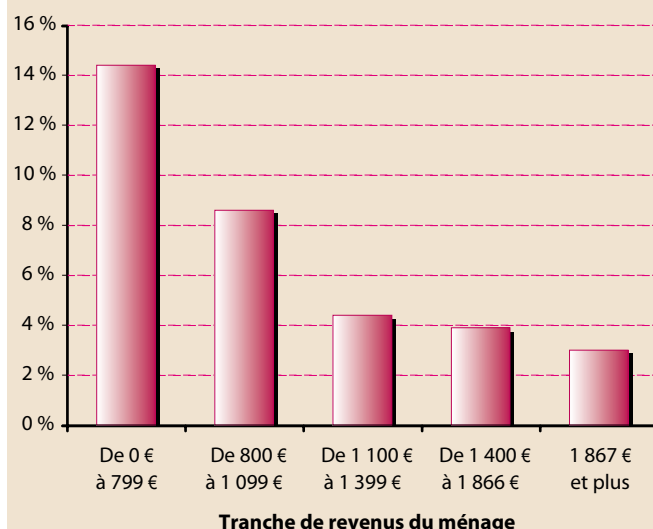
Près de 93% de la population générale déclare bénéficier d'une couverture complémentaire, dont un peu plus de 4% au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). L'enquête ESPS sous-estime la proportion de personnes déclarant bénéficier de la CMUC puisque le taux de couverture de la population est de 7,5% en 2006 en France métropolitaine, d'après les statistiques ministérielles. Cette sous-estimation est due à la sous-représentation des personnes les plus précaires commune aux enquêtes en population générale, raison pour laquelle l'enquête 2006 a interrogé un échantillon supplémentaire de Cmuistes (1 700 personnes).

Si le taux de bénéficiaires d'une complémentaire santé (CMUC comprise) est élevé en début de vie (94% environ jusqu'à 19 ans), il diminue pour les 20-29 ans (89%), puis augmente avec l'âge à partir de 30 ans jusqu'à 60 ans (il culmine à 95% environ entre 50 et 59 ans) pour diminuer ensuite (88% pour les 80 ans et plus). Jusqu'à 20 ans, on est souvent couvert en tant qu'ayants droit de ses parents. Ensuite, jeunes adultes, beaucoup font le choix de ne pas souscrire de complémentaire maladie, souvent en l'absence de problèmes de santé. Entre 30 et 60 ans, la couverture complémentaire santé s'étend, en même temps que le niveau de vie s'améliore et que les problèmes de santé apparaissent. Enfin, au-delà le taux de couverture diminue de nouveau, correspondant à l'avènement de l'âge de la retraite et pour certains à la perte du contrat de complémentaire santé proposé par leur entreprise (voir ci-après), mais aussi à la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie des problèmes de santé les plus graves dans le cadre des ALD (affections de longue durée).

L'absence de couverture complémentaire dépend essentiellement du niveau de revenu

Malgré l'existence de la CMUC, 7% des Français déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire santé (y compris CMUC). Ce taux varie fortement selon la situation sociale, le revenu notamment. Ainsi, il est de 15% pour les personnes vivant dans des ménages gagnant moins de 840 euros par mois, puis baisse régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente. Il n'est que de 4% parmi les ménages les plus aisés (plus de 4 600 euros par mois). On observe des différences similaires selon le milieu social. Le taux de personnes non couvertes par une couverture complémentaire maladie varie de 13% pour les ménages d'ouvriers non qualifiés à 4% pour les ménages de cadres et de professions intermédiaires. Avec 18% de personnes non couvertes, les chômeurs représentent la population pour laquelle l'accès à la complémentaire santé est le plus difficile. Pour eux, la barrière financière se cumule à la barrière d'accès, celle-ci étant en effet plus difficile à franchir pour eux en raison de leur non-appartenance à une entreprise. En effet, être en activité facilite l'accès à une complémentaire santé puisque plus de la moitié (57%) des couvertures complémentaires sont obtenues par l'intermédiaire de l'entreprise.

Proportion de personnes sans couverture complémentaire selon le revenu du ménage (ESPS 2006)



Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

Les cadres ont plus souvent accès que les ouvriers aux couvertures complémentaires collectives

Plus d'un contrat de couverture complémentaire sur deux (hors CMU) est obtenu par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette proportion, qui est de 62% quand le titulaire est actif, reste importante chez les retraités (56%). Selon le milieu social, ce sont les ménages de cadres qui, de loin, bénéficient le plus souvent des contrats collectifs (71% des contrats souscrits) contre 49% pour les ménages d'ouvriers non qualifiés et 45% pour les ménages d'employés du commerce. En outre, le plus souvent, les entreprises participent au financement des complémentaires santé collectives, en moyenne à hauteur de 50%, ce qui constitue un avantage en nature important pour les salariés. L'appréciation du rapport qualité/prix de ces contrats collectifs comparativement à celle des personnes bénéficiant de contrats individuels en atteste très clairement : 85% des bénéficiaires de contrat collectif le jugent d'un bon rapport qualité/prix (dont 18 à 25% très bon) alors que ce taux est à peine de 80% pour les contrats obtenus à titre individuel, avec seulement 11% qui les jugent très bons.



Quel effort financier doit-on fournir pour acquérir une couverture complémentaire individuelle ?

Un effort financier plus important pour les ménages modestes et âgés

Le taux d'effort des ménages pour acquérir une couverture complémentaire individuelle pour leurs frais de santé augmente quand le revenu des ménages diminue. Ainsi, il est de 10,3% pour les ménages les plus pauvres et de moins de 3% pour les ménages les plus riches (plus de 1 867 euros par mois). En outre, les ménages les plus pauvres sont ceux qui payent les primes les plus basses pour leurs contrats. Ils consacrent donc une part nettement plus importante de leurs revenus pour acquérir des contrats moins coûteux qui offrent donc des garanties moins importantes.

Selon la catégorie professionnelle, ce taux d'effort atteint plus de 6% pour les employés du commerce et les ouvriers non qualifiés, entre 5% et 6% pour les ouvriers qualifiés et les employés de bureau, 4,3% pour les professions intermédiaires et 3,8% pour les cadres.

Par ailleurs, plus le chef de ménage est âgé, plus le montant des primes versées par le ménage représente un effort financier important. Le taux d'effort moyen est de 7,1% pour les ménages dont le chef est âgé de 65 ans ou plus et de 3,2% lorsqu'il est âgé de moins de 30 ans. Les personnes âgées qui ont des besoins de soins plus importants consacrent une partie élevée de leur revenu à l'achat d'une couverture complémentaire.

On peut donc en conclure que malgré la CMU et malgré la mise en place de l'aide à la mutualisation (ou chèque santé) qui tarde à se développer, l'accès à la couverture complémentaire reste encore fortement inégal en France.

En supposant qu'il s'agit d'un choix rationnel, souscrire une couverture complémentaire est le résultat de la confrontation entre des besoins de soins, le coût de la couverture et les ressources financières dont dispose le ménage. Les individus faisant face à des taux d'effort trop élevés au regard de ce qu'ils sont prêts à assumer décident de ne pas se couvrir. Les ménages les plus pauvres ont donc une probabilité plus importante de faire face à une prime qui excède la prime maximale qu'ils sont prêts à verser.

Extrait d'un tableau de résultats

Voici un exemple de tableau (données sur la couverture maladie) tiré du rapport présentant les principales données chiffrées de l'enquête ESPS 2006. Les chapitres abordés sont les suivants : protection sociale (complémentaire santé privée, CMUC, exonération du ticket modérateur), maladies et

troubles déclarés, indicateurs synthétiques de santé, comportements et habitudes de vie (alcool, tabac, obésité), recours aux soins (actes de prévention, médecin traitant...). Ils sont déclinés selon diverses variables (âge, sexe, revenus, milieu social, niveau d'études, taille de l'unité urbaine...).

Données synthétiques sur la couverture maladie

	Personnes ayant répondu aux questions...						
	sur la couverture complémentaire (CC)			sur la CC et l'exonération du ticket modérateur (TM)			
	Effectif	% de pers. bénéficiant d'une CC privée ou de la CMUC	% de pers. sans CC	Effectif	% de pers. bénéficiant d'une CC privée ou de la CMUC ou exonérées TM	% de pers. avec TM et dépassement à charge	Indice (âge et sexe comp.) du taux de pers. avec TM à charge
Variables sociodémographiques							
Age de la personne							
Moins de 16 ans	4 198	94,5	5,5	4 197	94,7	5,3	-
16 à 39 ans	6 740	91,3	8,7	6 737	91,9	8,1	-
40 à 64 ans	7 219	94,0	6,0	7 218	95,5	4,5	-
65 ans et plus	2 642	91,3	8,7	2 641	96,2	3,8	-
Age détaillé de la personne							
Moins de 2 ans	422	94,2	5,8	422	94,2	5,8	-
2 à 9 ans	2 197	94,7	5,3	2 196	94,9	5,1	-
10 à 19 ans	2 780	93,0	7,0	2 779	93,4	6,6	-
20 à 29 ans	2 807	88,8	11,2	2 806	89,3	10,7	-
30 à 39 ans	2 732	93,9	6,1	2 731	94,6	5,4	-
40 à 49 ans	3 146	93,5	6,6	3 146	94,3	5,7	-
50 à 59 ans	2 978	94,8	5,2	2 978	96,3	3,7	-
60 à 69 ans	1 768	93,5	6,5	1 767	96,1	3,9	-
70 à 79 ans	1 342	91,9	8,1	1 341	96,3	3,7	-
80 ans et plus	627	88,3	11,7	627	96,1	3,9	-
Sexe de la personne							
Homme	10 421	92,0	8,0	10 415	93,6	6,4	-
Femme	10 446	93,5	6,6	10 443	94,8	5,2	-
Occupation principale de la personne							
Actif occupé	9 145	94,3	5,7	9 145	94,8	5,2	0,82
Chômeur	1 009	82,2	17,9	1 008	83,9	16,1	2,73
Retraité / veuf	3 391	92,9	7,1	3 390	97,0	3,0	0,75
Femme au foyer	893	87,7	12,3	892	91,2	8,8	1,98
Autre inactif	324	83,4	16,6	324	94,1	5,9	1,14
Etudiant, enfant	5 939	93,6	6,4	5 937	94,0	6,1	0,99
Milieu social							
Agriculteur	957	92,2	7,8	956	94,5	5,5	1,11
Artisan-commerçant	1 765	93,2	6,8	1 765	94,5	5,5	1,02
Cadre et profession intellectuelle	3 494	95,6	4,4	3 494	96,3	3,7	0,64
Profession intermédiaire	4 229	95,6	4,4	4 228	96,2	3,8	0,63
Employé administratif	1 591	93,1	6,9	1 590	94,9	5,1	0,89
Employé de commerce	797	87,7	12,3	797	89,6	10,4	1,91
Ouvrier qualifié	5 712	92,3	7,7	5 710	94,0	6,0	1,02
Ouvrier non qualifié	2 118	87,1	12,9	2 114	89,9	10,1	1,77
Niveau d'études							
Non scolarisé, jamais scolarisé	318	69,0	31,0	318	82,4	17,6	4,40
Maternelle, primaire, CEP	2 647	91,5	8,5	2 647	95,2	4,8	1,16
Premier cycle : 6e à 3e, CAP/BEP	5 193	93,1	6,9	5 193	94,3	5,7	0,99
Second cycle : 2de à bac	2 449	92,8	7,2	2 449	93,9	6,1	1,01
Supérieur	3 977	94,5	5,6	3 977	95,2	4,8	0,75
Autre	49	90,9	9,1	49	90,9	9,1	1,55
Enfant, études en cours	5 939	93,6	6,4	5 937	94,0	6,1	0,99

	Personnes ayant répondu aux questions...						
	sur la couverture complémentaire (CC)			sur la CC et l'exonération du ticket modérateur (TM)			
	Effectif	% de pers. bénéficiant d'une CC privée ou de la CMUC	% de pers. sans CC	Effectif	% de pers. bénéficiant d'une CC privée ou de la CMUC ou exonérées TM	% de pers. avec TM et dépassement à charge	Indice (âge et sexe comp.) du taux de pers. avec TM à charge
Variables sociodémographiques (suite)							
Revenu mensuel du ménage							
Moins de 840 €	725	84,7	15,3	725	89,5	10,5	2,03
de 840 à 989 €	305	86,1	13,9	305	90,4	9,6	1,98
de 990 à 1 299 €	1 131	87,2	12,8	1 131	90,4	9,6	1,89
de 1 300 à 1 599 €	1 268	89,5	10,5	1 267	91,6	8,5	1,56
de 1 600 à 1 899 €	1 132	92,3	7,7	1 131	93,1	6,9	1,27
de 1 900 à 2 199 €	1 495	94,8	5,2	1 492	95,5	4,5	0,77
de 2 200 à 2 499 €	1 487	94,2	5,8	1 487	95,2	4,9	0,81
de 2 500 à 3 099 €	3 076	97,0	3,0	3 076	97,5	2,5	0,40
de 3 100 à 4 599 €	3 571	96,5	3,6	3 571	97,0	3,0	0,49
Plus de 4 600 €	1 632	96,1	3,9	1 632	96,5	3,5	0,58
Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintiles (indice OCDE)							
Premier quintile	2 637	85,6	14,4	2 634	88,6	11,4	2,14
Deuxième quintile	3 201	91,4	8,6	3 199	93,5	6,6	1,18
Troisième quintile	3 364	95,6	4,4	3 364	96,3	3,7	0,61
Quatrième quintile	3 254	96,1	3,9	3 254	97,0	3,1	0,50
Cinquième quintile	3 366	97,0	3,0	3 366	97,4	2,6	0,44
Taille du ménage							
1 personne	1 422	89,2	10,8	1 422	92,6	7,4	1,39
2 personnes	5 255	93,9	6,1	5 255	96,0	4,0	0,80
3 personnes	4 179	93,6	6,4	4 177	94,5	5,5	0,89
4 personnes	5 742	94,8	5,2	5 740	95,3	4,7	0,75
5 personnes	2 912	92,4	7,6	2 910	93,1	6,9	1,12
6 personnes et plus	1 358	85,4	14,6	1 354	87,3	12,7	2,16
Type de ménage							
Personne seule	1 422	89,2	10,8	1 422	92,6	7,4	1,39
Famille monoparentale	1 359	87,9	12,1	1 359	91,0	9,0	1,56
Couple sans enfant	4 552	94,9	5,1	4 552	96,6	3,4	0,69
Couple avec enfant(s)	12 638	94,2	5,8	12 633	94,7	5,3	0,85
Autres	897	80,0	20,0	892	84,6	15,4	2,66
Taille d'unité urbaine							
Commune rurale	6 426	94,5	5,5	6 425	95,5	4,5	0,78
Moins de 20 000 habitants	3 510	93,9	6,1	3 509	95,3	4,7	0,82
De 20 000 à 199 999 habitants	3 966	93,1	6,9	3 962	94,6	5,4	0,93
De 200 000 à 1 999 999 habitants	4 077	92,9	7,1	4 076	94,5	5,6	0,94
Unité urbaine de Paris	2 889	86,9	13,1	2 886	89,3	10,7	1,91
Variables de protection sociale							
Régime déclaré de Sécurité sociale							
Régime général	18 152	93,1	6,9	18 147	94,5	5,5	0,95
Régime des salariés indépendants	957	92,6	7,5	957	93,6	6,4	1,21
Mutualité sociale agricole	1 276	91,3	8,7	1 275	93,7	6,3	1,26
Autre régime ou inconnu	483	85,8	14,3	479	88,7	11,3	1,82
Exonération du ticket modérateur pour raison médicale							
Oui	2 503	90,1	9,9	2 503	100,0	0,0	-
Non	18 331	93,2	6,8	18 331	93,4	6,7	1,13
Variables état de santé							
Note de santé perçue							
0 à 4	498	86,5	13,5	498	96,2	3,8	0,82
5 à 6	1 990	91,7	8,4	1 990	95,6	4,4	0,95
7 à 8	6 094	94,4	5,6	6 094	95,2	4,8	0,86
9 à 10	6 975	94,2	5,9	6 975	94,5	5,5	0,87
"Comment est votre état de santé général ?"							
Très bon	5 037	93,8	6,2	5 037	94,1	5,9	0,92
Bon	7 901	94,3	5,7	7 901	94,9	5,1	0,88
Moyen	2 656	91,9	8,1	2 656	95,6	4,4	0,93
Mauvais	425	89,1	10,9	425	96,9	3,1	0,69
Très mauvais	102	81,7	18,4	102	92,8	7,3	1,73
"Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?"							
Oui	3 373	93,1	7,0	3 373	97,2	2,9	0,58
Non	11 993	93,8	6,2	11 993	94,3	5,7	0,96
Ne sait pas	471	88,2	11,8	471	90,7	9,3	1,74
"Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans des activités que les gens font habituellement ?"							
Oui	627	89,0	11,0	627	97,4	2,6	0,56
Non	1 565	92,0	8,0	1 565	96,1	3,9	0,81
Ne sait pas	13 626	93,9	6,1	13 626	94,6	5,5	0,93
Ensemble	20 868	92,8	7,2	20 858	94,2	5,8	1,00

Bibliographie récente

Publications IRDES

Questions d'économie de la santé

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *L'enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé*. *Questions d'économie de la santé* (131).

Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. (2008), *Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ?* *Questions d'économie de la santé* (129).

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007), *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise*. *Questions d'économie de la santé* (126).

Jusot F., Khlata M., Rochereau T., Sermet C. (2007), *Un mauvais état de santé accroît fortement le risque de devenir chômeur ou inactif*. *Questions d'économie de la santé* (125).

Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2007), *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme*. *Questions d'économie de la santé* (124).

Le Fur P., Lengagne P. (2006), *Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés*. *Questions d'économie de la santé* (106).

Articles et rapports

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *Enquête sur la santé et la protection sociale en 2006*. Rapport IRDES n° 1701.

Equipe ESPS (2006), *Descriptif des variables de l'enquête sur la santé et la protection sociale en 2004*. Rapport IRDES n° 1621bis
Voir aussi la [version HTML actualisée](#).

Grignon M. (2006), *Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque*. In : *Santé, soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)*, Rapport Irdes n° 1621.

Le Fur P., Leroux I., Lucas-Gabrielli V. (2006), *Étude des délais d'attente dans différentes spécialités : une approche originale des relations entre demande et offre de soins locale*. In : *Santé, soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)*, Rapport Irdes n° 1621, pp. 35-40.

Cambois E., Jusot F. (2006), *Vulnérabilité sociale et santé*. In : *Santé, soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)*, Rapport Irdes n° 1621, pp. 41-47.

Grignon M., Couffinhal A., Dourgnon P., Jusot F., Naudin F. (2004), *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Rapport de recherche réalisé dans le cadre du Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES - Thème 3 : Déterminants sociaux de la santé, 86 p.

Publications extérieures

Jusot F., Grignon M., Dourgnon P. (2007), *Psychosocial resources and social health inequalities in France: Exploratory findings from a general population survey*. Sedap Research Paper n° 189, McMaster University, Program for Research on Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP), 36 p.

Guthmann J.-P., Fonteneau I., Antona D., Levy Bruhl D. (2007), *La couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite chez l'adulte en France : résultats de l'enquête Santé et Protection Sociale, 2002*. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°51-52, 441-445.

Fonds de Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (2007), *Rapport d'activité 2006*, 90 p.

Jusot F., Khlata M., Rochereau T., Sermet C. (2006), *Les itinéraires professionnels en relation avec la santé. Une exploitation longitudinale de l'enquête sur la santé et la protection sociale*. In « *La Lettre de la Mire* », n° 11, pp. 6-9.

Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006), *Comprendre les causes du non-recours à la CMUC* : rapport final. Paris : Fonds Cmu, Legos, 79 p.

 [Consulter la bibliographie complète de l'enquête ESPS sur le site de l'IRDES](#)

Vient de paraître

Enquête sur la santé et la protection sociale 2006

Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau



IRDES - Service diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
www.irdes.fr

Prix : 39 €

Ce rapport présente les premiers résultats et analyses de l'édition 2006 de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS). Depuis 1988, ESPS interroge les personnes résidant en France sur leur état de santé, leur recours aux services de santé et leur couverture santé. En 2006, ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et 22 000 individus. Ce document expose la méthodologie de l'enquête puis propose deux analyses : un premier bilan de la réforme du médecin traitant et une étude du poids des contrats individuels de complémentaire santé dans le budget des ménages. Enfin, il présente, sous forme de tableaux, les premiers résultats de l'enquête 2006 sur les thèmes suivants : protection sociale, maladies et troubles déclarés, indicateurs synthétiques d'état de santé, comportements et habitudes de vie, recours aux soins.

Parsa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, l'enquête ESPS participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé et sciences sociales.

Conception et rédaction du dossier de presse :
Nathalie Meunier en collaboration avec Anna Marek
Mise en page : Franck-Séverin Clérembault