

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012

Premiers résultats

Nicolas Célant, Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Aurélie Pierre,
Thierry Rochereau, Catherine Sermet (Irdes)

L'enquête santé et protection sociale, menée par l'Irdes tous les deux ans, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, sur la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang, notamment.

Les spécificités de l'enquête comme sa périodicité courte, sa dimension longitudinale et son enrichissement avec des données de l'Assurance maladie, participent d'en faire un outil tant de suivi des politiques publiques que de recherche en sciences sociales. En 2014, l'enquête ESPS est d'ailleurs le support de l'enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey).

Les résultats de l'enquête 2012 présentés dans cette synthèse sont issus d'un rapport (Célant *et al.*, 2014) dans lequel l'intégralité des données chiffrées est accessible en ligne sous forme de tableaux Excel.

 Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Elle se caractérise par sa périodicité courte, tous les deux ans, sa dimension longitudinale (encadré Méthode) et son enrichissement avec les données de consommation de soins issues de l'Assurance maladie. Ces caractéristiques lui permettent d'être à la fois un

outil de suivi de la santé publique en produisant régulièrement des informations représentatives de la population générale en matière de santé et un outil pour la recherche. De ce point de vue, ESPS contribue à l'évaluation des politiques publiques de santé et permet de traiter, entre autres, des problématiques d'équité du système de soins.

En 2012, plus de 8 000 ménages et 23 000 individus ont été interrogés sur leur état de santé, leur accès à la complé-

mentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques sur la fragilité et l'assurance dépendance, les pratiques spatiales d'accès aux soins, les conditions de travail, la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang. En 2014, l'enquête ESPS est le support de l'enquête européenne EHIS (European Health Interview Survey). Le contenu du questionnaire auto-administré à l'attention des 15 ans et plus a pour ce faire été remanié en 2012 afin d'inté-

grer de façon pérenne dans l'enquête ESPS les questions de l'enquête EHIS jugées les plus pertinentes pour la France (encadré p. 4 et Repères). Suite à une investigation méthodologique, les questions sur le renoncement aux soins ont par ailleurs été modifiées et précisées (Després *et al.*, 2011a et b).

indiquer une légère dégradation de l'état de santé perçue. Ce constat confirmerait ainsi une tendance observée depuis 1998 à partir d'un autre indicateur, la note de santé perçue (Sermet, 2012), présent dans l'enquête ESPS depuis son origine. Cette dégradation est tout de même à relativiser au regard du vieillissement continu de la population française.

Au sein de la liste proposée, les principales maladies chroniques déclarées sont les troubles ostéo-articulaires, les allergies, l'hypertension artérielle, le diabète

Les troubles ostéo-articulaires sont les premiers de la liste des 14 maladies chroniques proposée dans l'enquête : 19,2 %

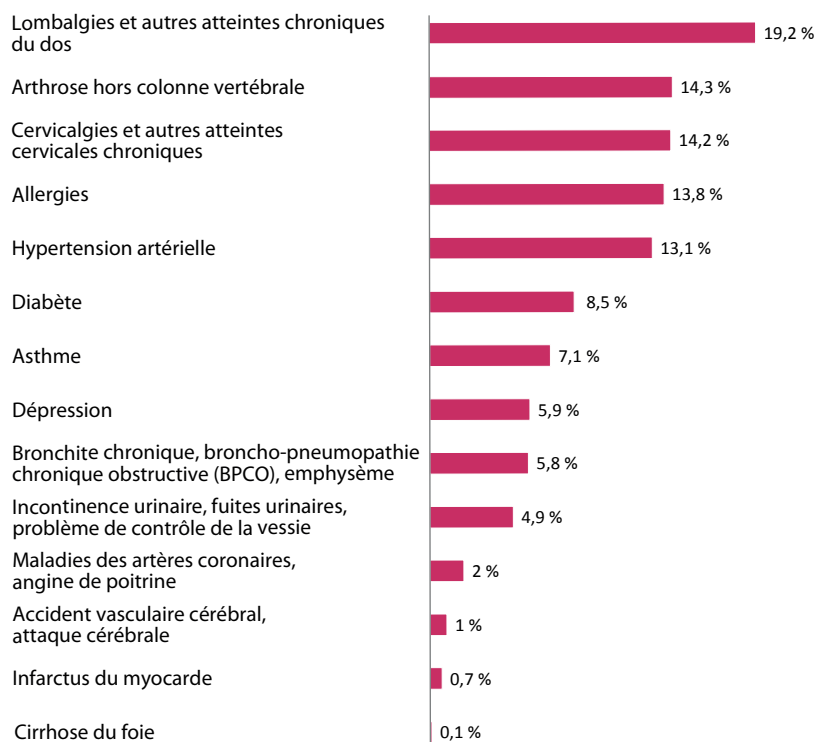
Etat de santé

Deux personnes enquêtées sur trois se déclarent en bonne santé ou très bonne santé

En 2012, en France métropolitaine, 65,8 % des personnes âgées de 15 ans ou plus se déclarent en « bon » ou « très bon » état de santé, 26 % déclarent un état de santé « assez bon » et 8,3 % se déclarent en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé. Les personnes déclarant un bon ou très bon état de santé représentent respectivement 68,5 % des hommes et 63,5 % des femmes. Un problème de santé chronique est déclaré par 39 % des personnes âgées de 15 ans et plus en 2012 (38 % des hommes et 39 % des femmes) et 27 % des personnes déclarent une limitation dans les activités du quotidien depuis au moins six mois (26 % des hommes et 29 % des femmes). Bien que les formulations de ces trois questions qui constituent le mini-module européen d'état de santé n'aient été stabilisées dans l'enquête ESPS qu'à partir de 2010, elles semblent

G1

Maladies les plus déclarées en 2012 par les 15 ans et plus parmi les 14 maladies chroniques proposées dans ESPS



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012.

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

MÉTHODE

L'enquête ESPS, menée tous les deux ans, est représentative d'environ 95 % des personnes vivant en ménage ordinaire^a (à l'exclusion des personnes en institutions : maison de retraite, services hospitaliers de long séjour, centres d'hébergement, personnes sans domicile, en prison...).

Échantillonnage et champ. L'échantillon de bénéficiaires de l'enquête ESPS est constitué comme un sous-échantillon de l'Echantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Il est représentatif des bénéficiaires majeurs des trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire qui représentent environ 85 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie : le régime général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Mutuelle sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI).

En enquêtant les bénéficiaires ainsi échantillonnés et les membres de leurs ménages, dont certains appartiennent aux régimes absents du champ initial de l'enquête (les régimes spéciaux et les sections locales mutualistes), l'enquête ESPS est représentative de la quasi-totalité de la population générale de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire. Seules sont exclues les personnes vivant dans des ménages dont tous les membres sont affiliés à des régimes absents du champ initial de l'enquête ESPS.

Ce sondage dans les bases de l'Assurance maladie permet d'associer à chaque bénéficiaire échantillonné, ainsi qu'aux membres de sa grappe Assurance maladie (ayants ou ouvriers droit), ses consommations de soins de l'année à partir des fichiers de remboursement de l'Assurance maladie.

Modes de recueil et terrain. L'enquête est réalisée en deux vagues, la première au printemps (de mars à juin), la seconde à l'automne (de septembre à décembre), afin de prendre en compte la saisonnalité de certaines pathologies. Le recueil associe les modes d'enquête par téléphone et en face-à-face pour un questionnaire principal administré par enquêteur au bénéficiaire échantillonné dans les fichiers de l'Assurance maladie et un mode par questionnaires auto-administrés, en particulier pour les questions de santé proposées à tous les membres du ménage. En 2012, les ménages dont le bénéficiaire sélectionné est ressortissant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), âgé de 65 ans ou plus et ceux dont la taille de la grappe Assurance maladie est supérieure à 5, ont systématiquement été sollicités en face-à-face.

^a Un ménage ordinaire désigne l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale.

REPÈRES

ESPS inclut en 2012 de nouvelles questions en vue de l'intégration en 2014 de l'enquête santé européenne (EHIS). Si certaines questions figuraient déjà dans les enquêtes précédentes, d'autres sont nouvelles comme les questions sur les gênes et difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (Activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités instrumentales de la vie quotidienne (IAVQ)) ; les questions sur l'activité physique et la consommation de fruits et légumes (encadré). De nouveaux modules ont également fait leur apparition en lien avec des problématiques de recherche développées par les partenaires de l'enquête : un module sur le don du sang, des questions permettant d'explorer la fragilité des personnes âgées et sur le sommeil. Certaines de ces problématiques ont fait l'objet d'articles dans le rapport ESPS¹ (Célan et al., 2014) d'où est issue cette synthèse.

¹ En ligne : www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf

des personnes de 15 ans et plus déclarent des lombalgies ou autres atteintes chroniques dorsales, 14,2 % des cervicalgies ou autres atteintes chroniques des cervicales et 14,3 % de l'arthrose des membres (graphique 1). Viennent ensuite les allergies avec 13,8 % des personnes interrogées, l'hypertension artérielle 13,1 % et le diabète 8,5 %. Enfin les bronchites chroniques concernent 5,8 % des enquêtés et la dépression 5,9 %.

S'agissant de déclarations et non pas de mesures, il faut souligner que ces chiffres sont difficilement comparables avec les données épidémiologiques établies par ailleurs. Le mode de recueil des maladies ayant changé en 2012, il n'est pas non plus possible de comparer avec les années antérieures. En revanche, cette liste est identique à celle figurant dans l'enquête européenne sur la santé par interview (EHIS) et des comparaisons européennes seront donc possibles lorsque les données des autres pays seront disponibles.

Toutes ces affections sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes et, à l'exception de l'asthme et des allergies, leur déclaration augmente avec l'âge. Les jeunes adultes sont surtout concernées par les allergies (15,8 %), les lombalgies ou autres atteintes dorsales (11,4 %), et par l'asthme (7,9 %). Les affections ostéo-articulaires sont encore plus fréquentes chez les adultes de 40 à 64 ans, parmi lesquels 21,9 % souffrent de pathologies dorsolombaires. Les facteurs de risque cardiovasculaire font leur apparition chez

les personnes de cette classe d'âge avec une prévalence de 12,5 % pour l'hypertension artérielle et de 7,7 % pour le diabète. La prévalence de toutes les maladies augmente encore pour les personnes de 65 ans ou plus. Les maladies ou problèmes de santé les plus fréquemment déclarés à cet âge sont l'arthrose des membres (34,7 %), l'hypertension artérielle (29,9 %) et les lombalgies (25,3 %). À noter enfin, pour les 65 ans et plus, le doublement de la prévalence du diabète qui atteint 15,9 %, les bronchites chroniques dont la prévalence est de 9,4 % et les affections coronariennes (hors infarctus), 5,4 %.

Les femmes déclarent presque deux fois plus que les hommes souffrir d'une limitation fonctionnelle...

Globalement, 13 % des 15 ans et plus présentent une limitation fonctionnelle motrice, plus souvent les femmes (16,2 %) que les hommes (9,2 %), limitations qui augmentent avec l'âge atteignant 34 % des 65 ans et plus. Les limitations fonctionnelles visuelles persistantes malgré les lunettes ou lentilles sont déclarées en moyenne par 3,7 % des 15 ans et plus. Elles sont plus fréquentes chez les femmes (4,6 %) que chez les hommes (2,6 %) et leur déclaration augmente avec l'âge : 6,8 % des personnes de 65 ans et plus. Les limitations fonctionnelles auditives touchent, pour leur part, 6,6 % des 15 ans et plus. Elles sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (7,7 % *versus* 5,6 %). La prévalence des troubles de

l'audition est, par ailleurs, trois fois plus élevée chez les 65 ans et plus (16,5 %) que dans la classe d'âge des 40-64 ans (4,7 %) [graphique 2].

... dont les plus fréquentes sont les difficultés à se baisser ou à s'agenouiller

Parmi les limitations fonctionnelles physiques les plus fréquentes, les difficultés à se baisser ou à s'agenouiller (9,1 % des 15 ans et plus) arrivent en tête suivies du port de charges lourdes (7,6 %) et de la station debout prolongée (7,6 %).

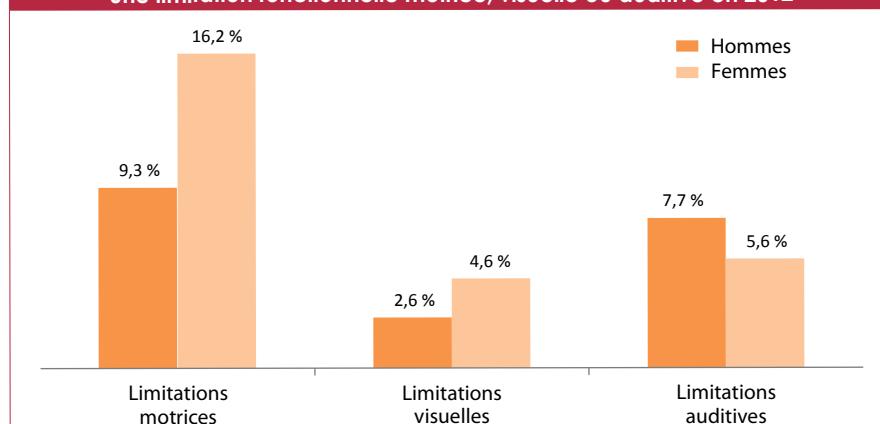
Complémentaire santé

89 % des personnes déclarent bénéficier d'une complémentaire santé (hors CMU-C)

Selon l'enquête ESPS 2012, 89 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (hors institution) déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé et 6 % de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Ainsi, en 2012, 5 % de la population déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé malgré l'importance d'une telle couverture dans le recours aux soins (Buchmueller *et al.*, 2004 ; Reynaud, 2005 ; Albouy et Crepon, 2007, Després *et al.*, 2011, Dourgnon *et al.*, 2012).

G2

Proportion de personnes ayant déclaré avoir au moins une limitation fonctionnelle motrice, visuelle ou auditive en 2012



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012.

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

Une majorité des personnes couvertes par une complémentaire santé estime être bien prise en charge pour les forfaits hospitaliers, en revanche, les avis divergent sur d'autres soins selon le type de contrat

Parmi les individus couverts par une complémentaire santé privée, 70 % déclarent être bien ou très bien pris en charge pour les forfaits hospitaliers, 52 % pour les lunettes, 48,5 % pour les dépassements d'honoraires des spécialistes et 46,4 % pour les prothèses dentaires (graphique 3). Ces moyennes masquent une forte hétérogénéité selon le type de contrats puisque pour les lunettes, par exemple, 69 % des salariés du secteur privé bénéficiaires d'un contrat collectif estiment être bien ou très bien pris en charge contre respectivement 45 % des salariés du secteur privé bénéficiaires d'un contrat individuel et 45 % des chômeurs.

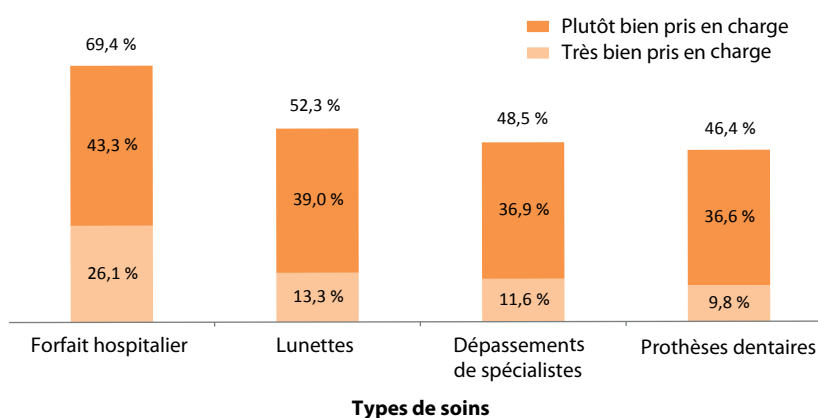
Près des deux-tiers des salariés du privé déclarent déjà disposer d'une complémentaire santé d'entreprise, avant sa généralisation au 1^{er} janvier 2016

Les résultats d'ESPS 2012 permettent de dresser un état des lieux de la couverture complémentaire santé collective avant sa généralisation à tous les salariés du secteur privé au 1^{er} janvier 2016. Ils montrent qu'en 2012, les salariés du secteur privé (y compris d'un particulier) sont 64 % à déclarer déjà bénéficier d'un contrat collectif (85 % des cadres contre 50 % des ouvriers non qualifiés et 44 % des employés de commerce). 28 % déclarent être uniquement couverts par un contrat individuel, 2,5 % être bénéficiaires de la CMU-C ; 3,6 % déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé¹, surtout des ouvriers non qualifiés (6 % *versus* 1,8 % chez les cadres) et ceux appartenant au 1^{er} quintile de revenus (les plus bas) [8,3 % *versus* 2,3 % parmi le dernier quintile de revenus].

Les individus non concernés par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (salariés hors secteur privé, non-

G3

Satisfaction des personnes couvertes par une complémentaire santé concernant le remboursement de divers soins



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012.

Réalisation : Irdes.

Télécharger les données

E

Les questions ponctuelles d'ESPS 2012

En 2012, les modules de questions ponctuelles concernaient, d'une part, des projets de recherche en partenariat avec d'autres institutions (voir ci-dessous) et, d'autre part, des thématiques proposées par l'InVS sur la vaccination dTP et papillomavirus, le dépistage du cancer de l'utérus et les accidents de la vie courante. Plusieurs des questions ponctuelles élaborées à l'occasion de projets de recherche ont donné lieu à des articles figurant dans le rapport ESPS 2012 (Céant *et al.*, 2014) sur l'assurance dépendance (Irdes-Drees), la fragilité des personnes âgées (Irdes-CNSA), et sur le don de sang (Irdes-EFS). Les résultats concernant les liens entre les conditions de travail et la consommation de soins (Irdes-Dares) sont pour leur part évoqués ci-dessous (cf. Céant *et al.*, 2014).

Le recours à la vaccination dTP et HPV, ainsi que le dépistage du cancer de l'utérus augmentent avec les niveaux de diplôme et de revenus. Selon l'enquête ESPS 2012, près de 90 % des personnes âgées de 15 ans ou plus disent avoir reçu au moins un rappel du vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite (dTP) et ce recours au vaccin dTP croît avec le statut socio-économique. Ainsi, les individus appartenant aux 20 % de ménages les plus riches sont plus de 92 % à déclarer avoir reçu leur rappel tandis que ceux faisant partie des 20 % les plus pauvres sont 82 %. Cette différence est encore plus importante selon le niveau d'étude : 94 % des individus ayant un niveau d'études supérieures ont effectué le rappel dTP contre 80 % des sans diplômes. Les femmes vaccinées contre les infections à papillomavirus (HPV) semblent avoir le même profil socio-économique favorisé que celles qui recourent au dépistage du cancer du col de l'utérus. La poursuite de ces comparaisons permettra de mieux cibler les groupes socio-économiques les moins vaccinés (cf. Céant *et al.*, 2014).

Les personnes en mauvais état de santé déclarent plus fréquemment avoir subi un accident de la vie courante au cours des trois derniers mois. Les accidents de la vie courante causent plus de 20 000 décès chaque année en France, 500 000 hospitalisations et près de 5 millions de recours aux urgences. Leur recensement est un

préalable indispensable à l'amélioration de leur prévention.

En 2012, 9 % des individus interrogés déclarent avoir été victimes dans les trois derniers mois d'un accident de la vie courante qui a entraîné le recours à un professionnel de santé, un peu plus souvent des hommes (9,4 %) que des femmes (8,1 %). Parmi eux, les plus jeunes et les plus âgés sont les plus touchés : 9,8 % des moins de 15 ans et 10,5 % des plus de 65 ans. Là encore, plus le niveau socio-économique est bas et plus souvent les enquêtés déclarent avoir été victimes d'un accident de la vie courante. Par ailleurs, les personnes déclarant un mauvais état de santé ont beaucoup plus que les autres subi un accident de la vie courante, une sur quatre pour celles déclarant un état de santé très mauvais sans qu'un lien direct puisse être fait entre les deux. De même, 17 % des personnes fortement limitées dans les activités que font les gens habituellement et 14 % des personnes limitées, mais pas fortement, déclarent avoir subi un tel accident au cours des trois derniers mois (cf. Céant *et al.*, 2014).

Les conditions de travail : en 2012, plus du tiers des enquêtés déclare ne pas se sentir capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans. Les résultats de l'enquête ESPS 2012 indiquent que le travail de nuit concerne 6,4 % des personnes enquêtées. Les déclarations de postures pénibles ou fatigantes concernent, quant à elles, 37 % des enquêtés en emploi. Comme attendu, ces mauvaises conditions de travail apparaissent plus fréquentes chez les individus ayant des niveaux de revenu et de diplôme peu élevés, chez les ouvriers et les employés. Enfin, plus de 35 % des personnes enquêtées ne se sentent pas capables de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans. Déjà proposées dans l'enquête en 2010, ces questions figureront encore dans les enquêtes ESPS de 2014 et 2016. Ces informations sur les conditions de travail seront observées en évolution pour les mêmes individus à quatre ans d'intervalle (entre 2010 et 2014, et entre 2012 et 2016) et étudiées pour la première fois en relation avec leurs consommations de soins.

¹ 1,4 % sont protégés par un contrat dont le statut n'est pas déterminé.

salariés, chômeurs² et inactifs) déclarent en moyenne plus souvent n'être pas couverts par une complémentaire santé (5,6 %) ou bénéficiaires de la CMU-C (7,6 %).

Renoncement aux soins pour raisons financières

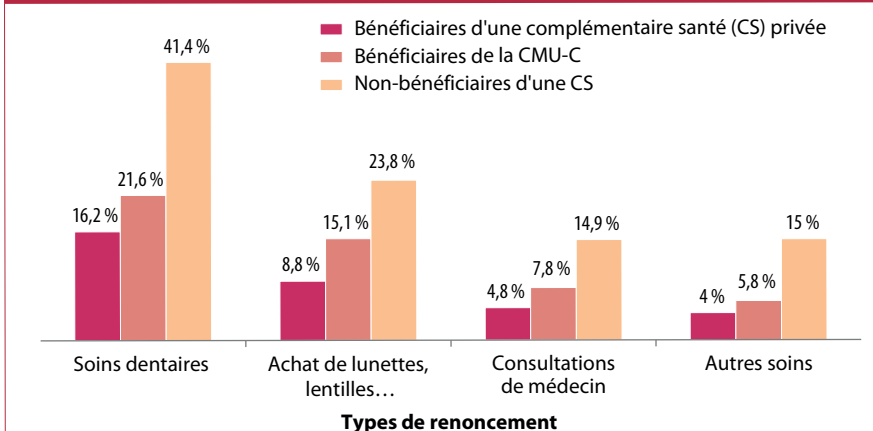
Un instrument de mesure de l'accès aux soins depuis les années 1990

ESPS, dans laquelle la question du renoncement aux soins pour raisons financières est intégrée depuis 1992, a contribué à faire de cette notion une mesure du suivi de l'accès aux soins de la population. Cela a été, en particulier, un des éléments du rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la Couverture maladie universelle complémentaire CMU-C (Boulard, 1999).

Le concept de renoncement aux soins vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, c'est-à-dire non reçus alors que le patient en ressentait la nécessité. Le renoncement aux soins pour raisons financières a fait l'objet d'une investigation méthodologique approfondie entre 2009 et 2011 associant approches socio-anthropologique et micro-économique (Després *et al.*, 2011 a et b). L'étude fait apparaître une corrélation entre renoncement et moindre consommation de soins, même si renoncer ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin. Elle montre aussi un effet délétère du renoncement sur l'état de santé futur. Elle montre enfin que, malgré certaines limites du questionnaire tel qu'il était posé jusqu'en 2010, le renoncement est un instrument pertinent pour étudier l'accès aux soins en population générale (Dourgnon *et al.*, 2011 ; Jusot *et al.*, 2009). La question étant générale jusqu'en 2010, sans précision des types de soins concernés dans son intitulé, conduisait à sous-estimer le niveau de renoncement dans la population, en particulier pour des soins dentaires et d'optique que les enquêtés pouvaient considérer comme n'entrant pas dans le champ des consommations médicales.

² Ces taux ne tiennent pas compte de la portabilité de la complémentaire santé d'entreprise dont pourront bénéficier les chômeurs de moins de un an.

G4 Principaux types de renoncement aux soins pour raisons financières en 2012, selon la situation vis-à-vis de la complémentaire santé



Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2012.

Réalisation : Irdes.

[Télécharger les données](#)

Un niveau de renoncement aux soins pour raisons financières rebasé à partir de 2012

Selon l'enquête ESPS 2012, en France métropolitaine, le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins.

En 2012, le questionnement de l'enquête sur le renoncement aux soins a donc été modifié. La question générale a été remplacée par des questions successives portant sur les types de consommations médicales les plus concernés par le renoncement pour raisons financières. A partir des réponses à ces questions, un indicateur de renoncement général peut être reconstitué en sommant les personnes qui déclarent un renoncement à au moins un des types de consommation médicale mis en exergue. Ainsi, en 2012, selon l'enquête ESPS, près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. Ce chiffre ne peut pas être mis en regard de celui produit antérieurement par l'enquête ESPS. De meilleure qualité, le nouveau questionnement entraîne par construction un taux de renoncement aux soins plus élevé qu'auparavant. Il est issu d'une rupture de série, aussi le suivi du renoncement dans le temps au travers des données de l'enquête ESPS doit-il être rebasé à partir de 2012.

Les caractéristiques des personnes qui renoncent à des soins pour raisons financières restent en 2012 les mêmes que celles des années précédentes

Si le niveau du renoncement aux soins pour raisons financières doit être rebasé en 2012, les facteurs explicatifs de ce renoncement restent les mêmes, quel que soit le type de soins considéré. Ainsi, en 2012 comme dans les précédentes enquêtes ESPS, ce sont les personnes sans complémentaire santé qui déclarent le plus fréquemment renoncer à des soins pour raisons financières : 24 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique contre 15 % pour les bénéficiaires de la CMU-C et moins de 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMU-C (graphique 4). Toujours en 2012, les personnes appartenant aux 20 % de ménages les plus pauvres sont 15 % à déclarer un renoncement pour raisons financières à des soins d'optique, quatre fois plus que celles appartenant aux 20 % de ménages les plus riches, 3,6 %. Ces gradients sont particulièrement prononcés pour les soins dentaires et d'optique, moins bien pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

En 2012, de nouvelles questions sur les renoncements aux soins liés à des difficultés d'accès

En 2012, en France métropolitaine, 17 % des bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie déclarent avoir renoncé à au

moins un soin au cours des douze derniers mois parce que le délai d'attente pour un rendez-vous était trop long, et 3 % parce que le cabinet était trop éloigné ou que les individus avaient des difficultés de transports. Contrairement au renoncement pour raisons financières, ces renoncements pour des difficultés d'accès ne sont pas liés à la détention d'une complémentaire santé ni à des facteurs économiques.

* * *

Riche d'informations sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture santé de la population métropolitaine, l'enquête ESPS participe d'alimenter la connaissance et la réflexion sur les politiques publiques de santé. Elle offre aussi un outil unique mis à disposition des équipes de recherche en économie de la santé et, plus largement, en sciences sociales ainsi qu'en épidémiologie, même si ce n'est pas là son objectif premier.

En plus de ses modules pérennes, en 2012, l'enquête ESPS a permis, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de faire un focus sur des questions dont les enjeux sociétaux sont d'importance, comme l'assurance dépendance et la fragilité des personnes âgées (cf. Fontaine *et al.*, 2014 ; Sirven, 2014). Elle poursuit, en partenariat avec la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), le recueil d'informations longitudinales sur les conditions de travail qui permettront à l'avenir des travaux inédits sur les liens entre les conditions de travail et la consommation de soins (Célant *et al.*, 2014). ESPS a également permis à l'Etablissement français du sang (EFS) de mieux connaître la population des donneurs de sang et d'alimenter la réflexion sur les campagnes d'incitation à mettre en œuvre afin de mobiliser de nouveaux donneurs (cf. Errera *et al.*, 2014). Elle conti-

nue par ailleurs à contribuer aux missions de l'InVS sur la vaccination (DDTP et HPV), le dépistage du cancer de l'utérus et les accidents de la vie courante (cf. Célant *et al.*, 2014).

Outil de référence dans le domaine de la santé, de l'accès aux soins et de l'assurance en santé, l'enquête ESPS a été choisie par la Drees pour être le support de l'enquête européenne sur la santé (EHIS) en 2014. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Albouy V., Crepon B. (2007). « Aléa moral en santé : une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin ». Insee, Document de travail, décembre.
- Buchmueller T. C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2004). "Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France". *Health Economics*, 13 (7), pp. 669-687.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 ». Rapport de l'Irdes n° 556, juin.
En ligne : www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011a). « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 169, octobre.
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011b). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre.
- Dourgnon P., Després C., Jusot F., Fantin R. (2011). « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », in : « Les comptes de la santé 2010 ». Série Statistiques – Document de travail de la Drees n° 161, septembre, p. 85-96.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, n° 28-29, p. 123-147.
- Errera M., Sirven N., Rochereau T. (2014). « Les déterminants du don du sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012 », in Célant N., Guillaume S. et Rochereau T. « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Les rapports de l'Irdes, n° 556, juin.
- Fontaine R., Perronnin M., Sirven N., Zerrar N. (2014). « Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? », in Célant N., Guillaume S. et Rochereau T. « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Les rapports de l'Irdes, n° 556, juin.
- Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. (2009). « Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? », *Revue Economique*, n° 2, vol 60, 2009/03, 385-411.
- Raynaud D. (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire ». *Drees, Etudes et Résultats* n° 378, février.
- Sermet C. (2012). « Santé perçue et morbidité déclarée : état des lieux et évolution ». in Basset B., Demeulemeester R., Jouglu E. (coord.) « Vingt ans de santé publique », *ADSP (Actualité et dossier en santé publique)*, n° 80, septembre.
- Sirven N. (2014). « Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE », in Célant N., Guillaume S. et Rochereau T. « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 », Les rapports de l'Irdes, n° 556, juin.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteurs : Catherine Sermet, Clément Nestrigue •
Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) •
Dépôt légal : juin 2014 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.