

## **Santé, soins et protection sociale en 1998**

**Enquête sur la santé et la protection sociale  
France 1998**

Agnès Bocognano  
Sylvie Dumesnil  
Laurence Frérot  
Philippe Le Fur  
Catherine Sermet

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

---

**Rapport n° 487 (biblio n° 1282) Décembre 1999**

---

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

I.S.B.N. : 2-87812-248-8

- AVERTISSEMENT -

*Le CREDES mène depuis 1988, en collaboration avec le Département Statistique de la CNAMTS<sup>1</sup>, une enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), auprès d'assurés sociaux et de leurs familles. Depuis 1994, avec l'aide du service statistique de la CANAM<sup>2</sup>, l'enquête a été étendue aux professions indépendantes et en 1996, avec l'aide du département statistique de la MSA<sup>3</sup>, aux professions agricoles.*

*Le terrain de l'enquête 1998 a été effectué par l'institut de sondage Laviolle (ISL). Le chiffrage médical est effectué depuis 1993 sous la responsabilité du Dr Hiep Tan de la société ISL. L'organisation de la relecture et le chiffrage non médical est sous la responsabilité de Louis Tonal de la société ISL.*

*Au CREDES, l'organisation du chiffrage et plus généralement de l'enquête, a été réalisée par Sylvie Dumesnil, Nathalie Grandfils et Philippe Le Fur. L'adaptation du logiciel de chiffrage médical a été effectuée par Olivier Busson. Catherine Ordonneau et Frédérique Ruchon ont créé la base de données. Franck-Séverin Clérembault a composé et mis en page ce rapport.*

\* \* \*

---

<sup>1</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

<sup>2</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Professions Indépendantes.

<sup>3</sup> Mutualité Sociale Agricole.



## **Sommaire**

---



# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>1. LA PROTECTION SOCIALE EN 1998</b> .....	7
1.1. La protection par l'Assurance maladie .....	7
1.2. L'exonération du ticket modérateur .....	7
1.3. La couverture complémentaire maladie .....	14
1.4. Le mode d'obtention de la couverture complémentaire .....	20
1.5. L'appréciation du niveau de remboursement des couvertures complémentaires.....	23
1.6. L'exonération du ticket modérateur et la couverture complémentaire .....	25
1.7. Le remboursement des dépassements de soins de spécialistes.....	27
<b>2. LES MALADIES ET LES TROUBLES DE SANTÉ DÉCLARÉS EN 1998</b> .....	31
2.1. La morbidité prévalente .....	31
2.2. Les indicateurs de morbidité.....	43
2.3. L'indicateur subjectif de l'état de santé.....	47
2.4. Le tabagisme .....	50
<b>3. LES RECOURS AU MÉDECIN EN 1998</b> .....	57
3.1. Le taux de consommateurs .....	57
3.2. Débours et prix moyen des séances de médecin .....	65
3.3. Les soins dentaires.....	74
3.4. Quels sont les différents modes de recours au médecin .....	77
<b>4. LA CONSOMMATION DE BIENS MÉDICAUX EN 1998</b> .....	82
4.1. La consommation pharmaceutique .....	82
4.2. La consommation d'appareils, d'accessoires et de pansements .....	96
4.3. La consommation de biens médicaux pour les besoins du ménage.....	97
4.4. La pharmacie non prescrite acquise la veille du jour de l'enquête.....	97
4.5. Demande de prescription supplémentaire de produits pharmaceutiques.....	98
4.6. L'observance.....	100
<b>5. LES SOINS D'AUXILIAIRE AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS</b> .....	105
5.1. Le recours aux soins d'auxiliaire selon l'activité professionnelle .....	107
5.2. Le recours aux soins d'auxiliaire selon la couverture sociale.....	108
5.3. Le recours aux soins d'auxiliaire selon le revenu.....	111
5.4. Le recours aux soins d'auxiliaire selon le risque vital et l'invalidité.....	112

<b>6. LES RÉGIMES ALIMENTAIRES PRESCRITS POUR RAISONS MÉDICALES</b> .....	116
6.1. Les régimes alimentaires selon l'occupation principale .....	117
6.2. Les régimes alimentaires selon la couverture sociale.....	118
6.3. Les régimes alimentaires selon l'état de santé .....	118
<b>7. LE TAUX D'HOSPITALISÉS EN 3 MOIS EN 1998</b> .....	122
7.1. L'hospitalisation selon l'âge et le sexe .....	122
7.2. L'hospitalisation selon l'activité.....	123
7.3. L'hospitalisation selon la couverture sociale .....	123
7.4. L'hospitalisation des bénéficiaires de l'Aide médicale.....	123
7.5. L'hospitalisation selon la taille du ménage .....	123
7.6. L'hospitalisation et l'état de santé.....	124
<b>8. RENONCEMENT AUX SOINS ET OPINIONS SUR LA SANTÉ</b> .....	128
8.1. Le renoncement aux soins pour motifs financiers .....	128
8.2. Les opinions sur les facteurs pouvant avoir une influence sur l'état de santé .....	133
<b>CONCLUSION</b> .....	136
<b>GLOSSAIRE</b> .....	140
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	161
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b> .....	167
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	172



# Introduction

---



## Introduction

Pour suivre de manière régulière les modifications de comportement des différents producteurs et consommateurs de soins, il existe des données d'ordre macro-économique et micro-économique. Parmi ces dernières, les enquêtes auprès des ménages fournissent de précieuses indications aux différents acteurs du domaine, en leur permettant d'expliquer en partie les évolutions macro-économiques constatées. Dans cette optique, le CREDES réalise chaque année, depuis 1988, l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS).

L'année 1998 se singularise par le doublement de l'échantillon observé. Cet échantillon comporte à la fois les ménages qui devaient être enquêtés en 1998 et ceux qui auraient dû l'être en 1999. La décision de doubler l'échantillon a été prise pour diverses raisons notamment d'ordre statistique ; en effet, l'augmentation du nombre de personnes observées permet des analyses plus solides et plus fines des variables relevées dans l'enquête.

Dans ce rapport, relatif à l'année 1998, comme dans les rapports des 6 années précédentes, sont développés selon la même méthodologie :

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

Depuis 1996 sont traités :

- les consommations annuelles en soins d'auxiliaires,
- les régimes alimentaires prescrits pour des raisons médicales,
- une approche de l'observance des prescriptions pharmaceutiques.

En 1998, un nombre important de nouvelles questions a été introduit :

- un questionnement spécifique sur l'asthme a été incorporé au questionnaire santé. Un rapport CREDES sur ce thème est prévu au premier trimestre 2000,
- un questionnaire contrat de suivi médical, différent pour les personnes ayant signé et n'ayant pas signé ce contrat avec un médecin référent, a été posé à tous les adultes enquêtés en 1<sup>ère</sup> vague. Un rapport CREDES sur ce thème est d'ores et déjà publié<sup>4</sup>,
- un questionnaire accident de la vie courante a été adressé aux différentes personnes d'un ménage ayant déclaré avoir eu un accident de ce type, au cours des trois mois précédant l'enquête,
- le questionnaire couverture complémentaire a été étoffé, dans le but de relever le niveau exact des prestations versées pour les prothèses dentaires et les lunettes,
- enfin, quelques questions ont été posées pour mesurer la non présentation des feuilles de soins au remboursement de la Sécurité Sociale.

---

<sup>4</sup> Cf. Aguzzoli F., Aligon A., Com-Ruelle L., Frérot L., Choisir d'avoir un médecin référent, CREDES, novembre 1999, n° 1281.

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

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

De manière plus spécifique mais paradoxale, les enquêtes sur la santé en population générale sous-estiment les populations les plus malades ou les plus handicapées. En effet, celles-ci refusent souvent de participer à ces enquêtes, ce qui d'ailleurs est tout à fait compréhensible, du fait des difficultés inhérentes à leurs maladies. Par ailleurs, ces personnes sont fréquemment hospitalisées ce qui réduit leur probabilité d'être jointe à leur domicile par un enquêteur.

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

Ce rapport répond également à l'un des objectifs du CREDES qui consiste à mettre à disposition, le plus rapidement possible après la fin du terrain d'enquête, les principaux résultats issus de cette observation. De ce fait, malgré les nombreuses vérifications et tests de cohérence réalisés, il n'est pas impossible que des chiffres publiés dans ce premier rapport puissent subir quelques modifications mineures, lors d'analyses ultérieures plus ciblées.

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

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

En 1998, la moitié de cet échantillon est enquêtée, ce qui conduit à un taux de sondage de 1/2400.

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

Les informations relevées portent sur les modes de protection maladie, l'état de santé et les consommations médicales pendant une période d'un mois, en relation avec les caractéristiques socio-économiques et les conditions de vie. 66 % des ménages ont accepté de participer à l'enquête.

L'échantillon de 1998 comporte 7 996 ménages, soit 23 035 personnes retenues (*Cf. annexe méthodologique Tableau 73*).

# **1. Protection sociale**

---



## 1. La protection sociale en 1998

---

Pour faire face aux dépenses occasionnées par la maladie, la population bénéficie, dans sa très grande majorité, d'une protection obligatoire par l'Assurance maladie de l'un des régimes de Sécurité sociale.

Dans la plupart des cas, l'Assurance maladie laisse une partie des dépenses à la charge des patients ou de leur famille, c'est-à-dire le ticket modérateur, un éventuel dépassement de tarif, ou la somme des deux. Quelquefois elle prend en charge le ticket modérateur, on parle alors d'exonération du ticket modérateur. Différents types de couvertures complémentaires se sont développés pour prendre en charge tout ou partie des frais non couverts par le système d'assurance obligatoire.

### 1.1. La protection par l'Assurance maladie

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

- 99,8 % des personnes enquêtées déclarent être protégées par l'Assurance maladie d'un des régimes de sécurité sociale <sup>5</sup> (Cf. Rapport annexe Tableau 2).
- 67,6 % des personnes disent être protégées par le régime général stricto sensu et 19,4 % par un régime rattaché<sup>6</sup> au régime général. 11,7 % déclarent être protégées par un autre régime que le Régime général, dont 5,9 % par le régime agricole et 4,0 % par le régime des non salariés-non agricoles<sup>7</sup>. A noter que 0,1 % des personnes sont protégées par un régime de Sécurité sociale étranger ; il s'agit le plus souvent de personnes habitant des zones frontalières.
- 4,4 % des personnes sont bénéficiaires de l'Aide médicale<sup>8</sup> destinée aux personnes en situation précaire (Cf. Rapport annexe Tableau 73) ; ce taux ne cesse de croître depuis 1992, essentiellement du fait de l'augmentation des Rmistes<sup>5</sup> qui en bénéficient de droit.

### 1.2. L'exonération du ticket modérateur

L'exonération du ticket modérateur<sup>9</sup>, qui peut être totale ou partielle, concerne 11,6 % des enquêtés (Cf. Rapport annexe Tableau 3). Cette prise en charge à 100 % ne concerne que le tarif de convention, en aucun cas les dépassements d'honoraires.

---

<sup>5</sup> Le champ de l'enquête est constitué des ménages dont l'un des membres au moins est assuré au régime général des travailleurs salariés ou au régime agricole ou au régime des indépendants. Nous obtenons un taux de personnes protégées similaire aux données nationales, bien que, du fait du champ de l'enquête, nous sous-estimons le nombre de personnes non protégées.

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

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

<sup>8</sup> L'Aide médicale est souvent appelée Aide médicale généralisée ou Aide médicale gratuite (AMG).

<sup>9</sup> Cf. Glossaire.

9,2 % de la population déclare être exonérée pour un motif médical : pour 1,4 % des enquêtés l'exonération est totale (incapacité, invalidité, handicap...) et pour 7,8 % l'exonération est partielle soit pour affection de longue durée<sup>5</sup> ou pour stérilité avec une exonération en général pour la seule maladie concernée (7,5 % des enquêtés), soit l'exonération est totale mais seulement dans les 4 derniers mois de la grossesse (0,3 %).

Par ailleurs, 2,2 % de la population déclare être exonérée en raison d'une situation précaire (RMI, AMG), l'exonération du ticket modérateur étant alors totale ; alors que 4,4% des personnes déclarent bénéficier de l'Aide médicale.

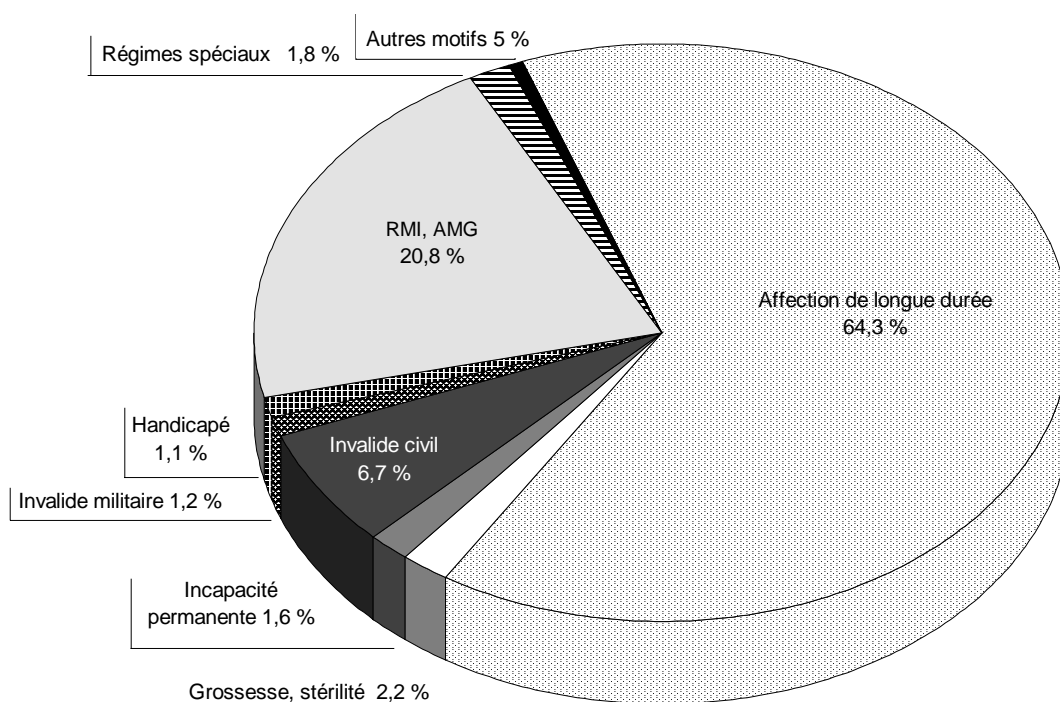
Parmi l'ensemble des motifs d'exonération connus, près des deux tiers sont des affections de longue durée<sup>10</sup> et 21 % sont liés à l'AMG et/ou le RMI (Cf. Graphique 1).

**Graphique 1**  
**Répartition des motifs d'exonération du ticket modérateur**  
**selon la déclaration des enquêtés**

*(Plusieurs motifs possibles pour une seule personne)*

France 1998

(graphexotm, graphique1)



CREDES-ESPS 1998

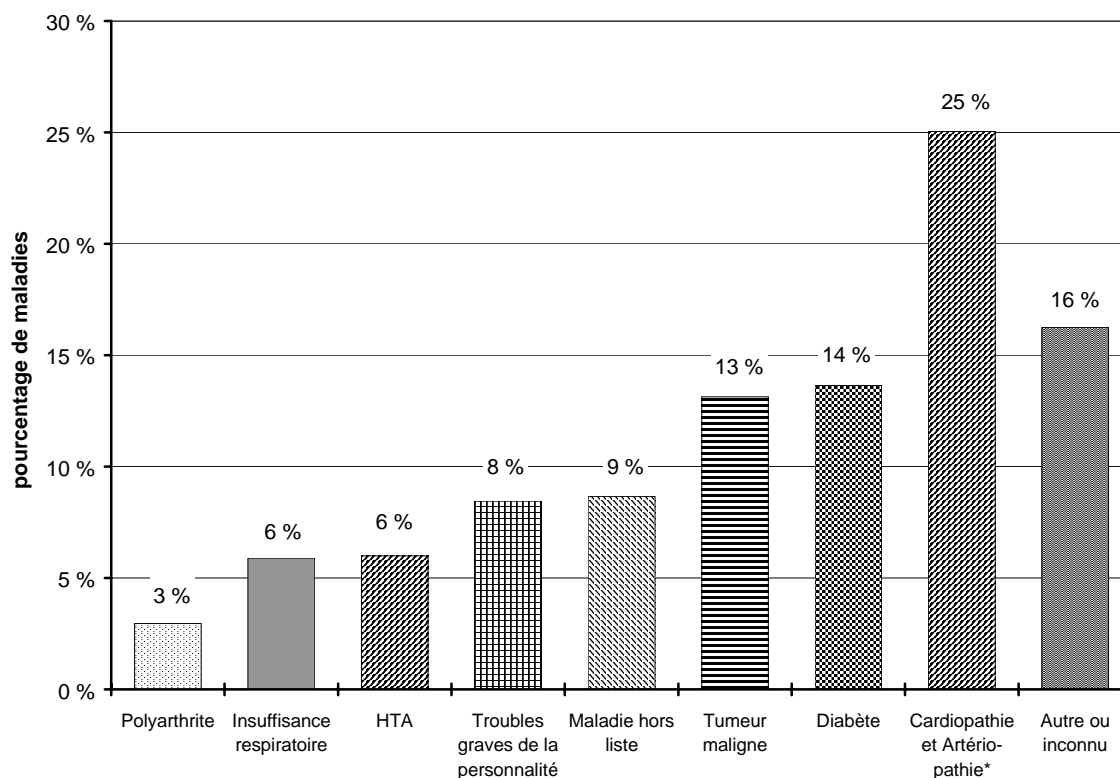
<sup>10</sup> La frontière entre l'exonération pour ALD et motifs administratifs comme l'invalidité, le handicap est sûrement floue pour les enquêtés et ceci entraîne très certainement des transferts de l'un à l'autre. De plus, cette année nous avons effectué une relecture plus attentive avec des questions de relance pour essayer de bien distinguer l'invalidité des ALD.



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

Parmi les affections de longue durée<sup>11</sup> classées dans les 30 maladies exonérantes, 31 % sont des pathologies cardiovasculaires (Cf. Graphique 2) : cardiopathies, artériopathies, hypertensions artérielles (HTA) ; viennent ensuite les diabètes (14 %) et les tumeurs malignes (13 %), puis les psychoses ou autres troubles graves de la personnalité (8 %) et les insuffisances respiratoires (6 %). Près d'une affection de longue durée sur dix est une maladie hors liste, principalement des maladies du système ostéoarticulaire.

**Graphique 2**  
**Répartition des affections de longue durée entraînant l'exonération du ticket modérateur**  
**selon la déclaration des enquêtés**  
France 1998 (graphexotm, graphique2)



\* en raison d'une confusion entre cardiopathie et artériopathie au niveau du chiffrage médical, nous sommes obligés de regrouper ces 2 ALD.

CREDES-ESPS 1998

<sup>11</sup> Cf. Glossaire.

### 1.2.2. La fréquence de l'exonération du ticket modérateur s'élève avec l'âge

Les femmes et les hommes ont des taux d'exonération du ticket modérateur similaires (11,4 % pour les hommes et 11,7 % pour les femmes) (Cf. Rapport annexe Tableau 1).

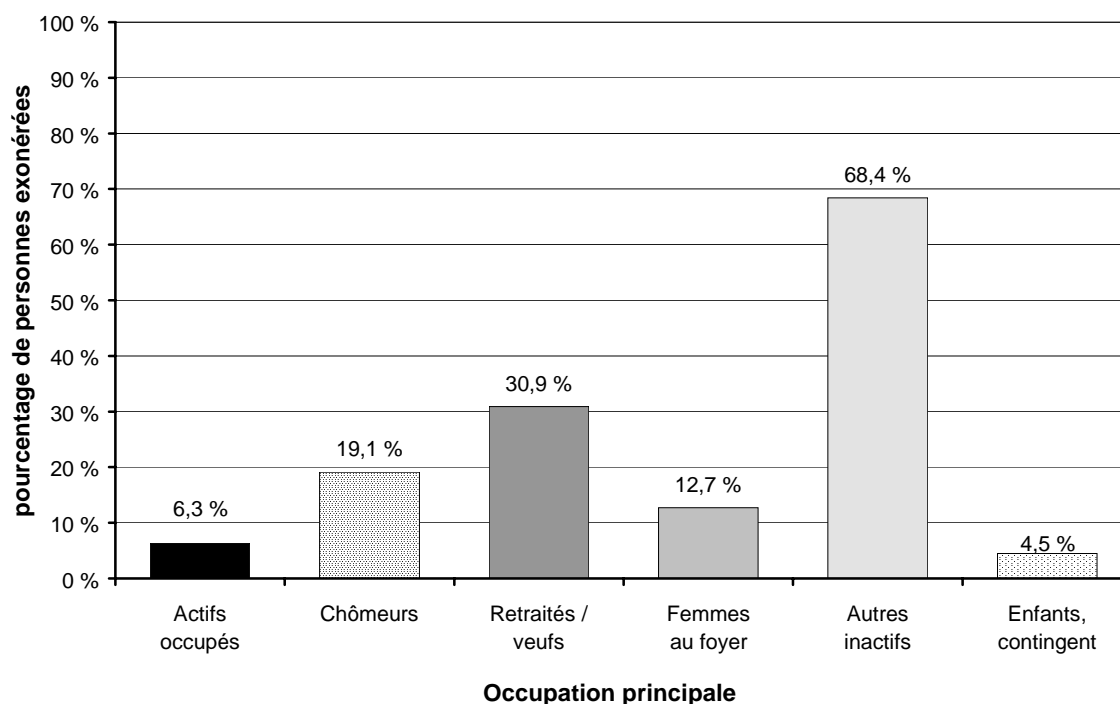
Plus d'une personne sur trois est exonérée du ticket modérateur après 64 ans ; 35 % entre 70 et 79 ans et 42 % à 80 ans et plus. La quasi totalité de ces personnes âgées sont exonérées pour une raison médicale.

A l'opposé, les enfants et les adultes jeunes sont rarement exonérés du ticket modérateur (5 % avant 16 ans et 7 % entre 16 et 39 ans) et leurs motifs sont surtout d'ordre social (aide médicale).

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

L'exonération du ticket modérateur et l'occupation principale sont très liées. Une mauvaise santé entraîne souvent une inactivité : près de 70 % des "autres inactifs"<sup>12</sup> sont exonérés. L'absence de travail, donc de ressources financières, peut également entraîner une exonération du ticket modérateur : près de 20 % des chômeurs sont exonérés (Cf. Graphique 3), dont 12 % par l'Aide médicale et 6 % pour une ALD. A structure d'âge et de sexe comparable<sup>13</sup>, les chômeurs sont environ 2 fois plus souvent exonérés du ticket modérateur que l'ensemble de la population.

**Graphique 3**  
**Taux d'exonération du ticket modérateur selon l'occupation principale**  
France 1998 (graphextom, graphique3)



CREDES-ESPS 1998

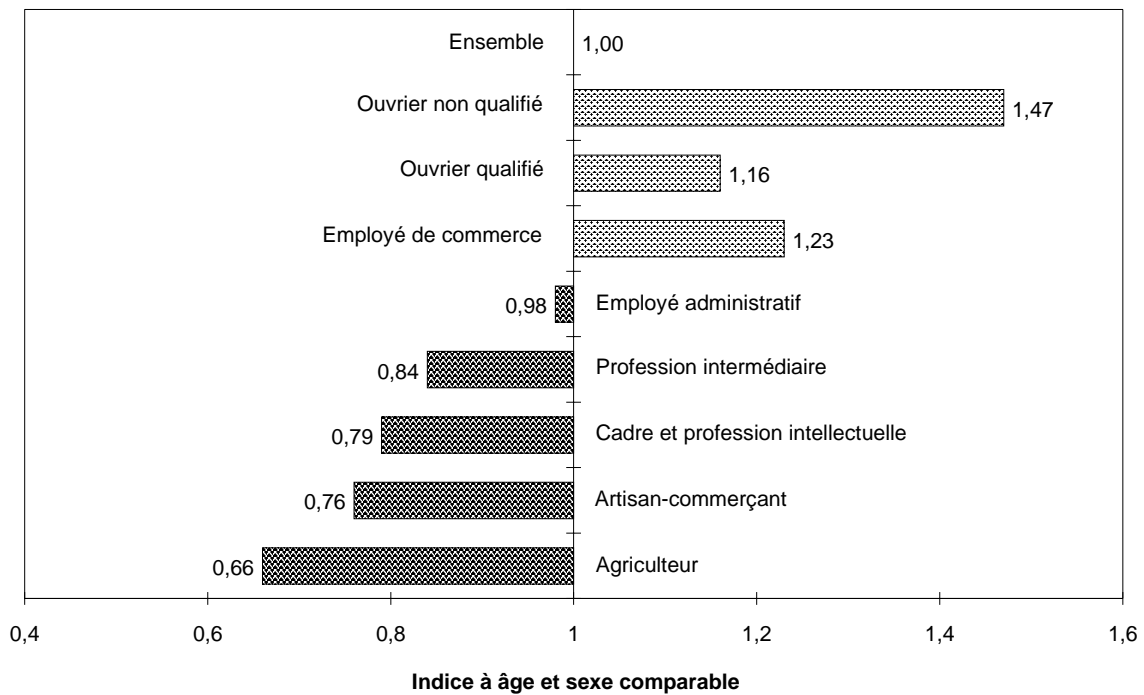
<sup>12</sup> Dans les "autres inactifs" sont exclus les chômeurs, les femmes au foyer, les enfants et les étudiants. Ce sont principalement des inactifs pour raison de santé.

<sup>13</sup> Pour le calcul des indices à âge et sexe comparable, on rapporte le taux d'exonération d'une catégorie socioprofessionnelle, par exemple les agriculteurs, au taux d'exonération qu'aurait l'ensemble de la population si elle avait la même structure démographique que celle des agriculteurs (Cf. Glossaire).

Selon le milieu social<sup>14</sup>, l'exonération du ticket modérateur est plus fréquente dans les milieux d'employés et d'ouvriers. Avec 16 % d'exonérés, les personnes appartenant à un ménage d'employés ont le plus fort taux d'exonération. On remarque notamment que 5,9 % d'entre eux sont exonérés via l'Aide médicale contre 4,4 % pour les personnes issues d'un ménage d'ouvrier non qualifié et 2,1 % pour les ouvriers qualifiés.

On retrouve des résultats similaires selon la profession individuelle ou l'ancienne profession des adultes enquêtés. L'exonération du ticket modérateur est plus fréquente pour les personnes exerçant des métiers manuels, à plus fort risque d'accident du travail<sup>15</sup> ou de maladie professionnelle. Ainsi, par exemple, les ouvriers sont plus fréquemment exonérés du ticket modérateur, alors que les cadres et les personnes exerçant une profession intermédiaire le sont moins souvent (Cf. Graphique 4).

**Graphique 4**  
**Indice à âge et sexe comparable du**  
**taux d'exonération du ticket modérateur selon la profession individuelle\***  
France 1998 (graphexotm, graphique 4)



\* Il s'agit de la profession (ou la dernière profession exercée pour les chômeurs et les inactifs) et non du milieu social

CREDES-ESPS 1998

Les indices à âge et sexe comparable du taux d'exonération du ticket modérateur confirment un taux supérieur à la moyenne pour les ouvriers non qualifiés, mais aussi pour les ouvriers qualifiés et les employés de commerce. En revanche, les taux d'exonération élevés des agriculteurs et des artisans-commerçants sont dus à un effet de l'âge.

<sup>14</sup> Cf. Glossaire

<sup>15</sup> L'exonération pour un accident du travail de courte durée n'est pas comptabilisée.

Selon le revenu par unité de consommation<sup>16</sup>, seules les personnes à très faible revenu, moins de 3 000 F par unité de consommation et par mois, ont des taux d'exonération fortement supérieurs à l'ensemble : à moins de 2 000 francs par unité de consommation, 19 % des enquêtés sont exonérés du ticket modérateur dont 12 % sont exonérés par l'Aide médicale.

Le régime de protection sociale dépend de la profession ou l'ancienne profession de la personne. Par rapport aux personnes affiliées au régime général, celles assurées au régime des « non salariés, non agricoles » (CANAM) sont moins souvent exonérées du ticket modérateur. Il y a très peu d'exonérations par l'Aide médicale à la CANAM car les personnes bénéficiant de l'Aide médicale et affiliées à l'Assurance Personnelle sont rattachées au régime général ou à la MSA.

En revanche, les personnes appartenant aux autres régimes spéciaux sont plus souvent exonérées du ticket modérateur. 13 % des personnes du régime agricole sont exonérées, en général pour une ou plusieurs ALD. Ce taux élevé est dû à l'âge plus élevé de cette population.

#### **1.2.4. L'exonération du ticket modérateur est déterminée par la morbidité, mais aussi par la précarité**

Des problèmes de santé entraînent une exonération du ticket modérateur soit pour une ALD, soit parce que les personnes sont invalides, handicapées. Il est donc logique d'observer que 78 % des personnes les plus malades (risque vital important) sont exonérées du ticket modérateur. En terme d'invalidité, 40 % des personnes devant restreindre ou réduire leur activité et 81 % des personnes sans autonomie ou alitées sont exonérées du ticket modérateur.

Environ 2,5 % des enquêtés déclarent vivre du RMI<sup>17</sup> (Cf. *Rapport annexe Tableau 73*). Ce taux est fortement sous-estimé, les personnes en situation précaire répondant certainement moins aux enquêtes. De plus, nous enquêtons uniquement les personnes ayant une adresse personnelle, nous n'avons, par conséquent, aucune personne sans domicile fixe dans l'enquête.

Parmi l'ensemble des personnes vivant du RMI, 53 % déclarent bénéficier de l'Aide médicale totale c'est-à-dire d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble de leurs soins. Ce taux reste néanmoins faible, puisque, depuis 1993, les allocataires du RMI ainsi que leurs ayants droit ont, théoriquement, automatiquement droit à l'Aide médicale totale et sont donc pris en charge à 100 % pour ce qui concerne, d'une part, le ticket modérateur pour l'ensemble des soins ambulatoires, et d'autre part, les frais d'hospitalisation. On peut ajouter, à ces 53 %, les 19 % de personnes vivant du RMI déclarant bénéficier de l'Aide médicale mais déclarant ne pas être pris en charge à 100 %. Il est probable qu'il y a, dans ce cas, une mauvaise déclaration des personnes (Cf. *Graphique 5 et Rapport annexe Tableau 4*).

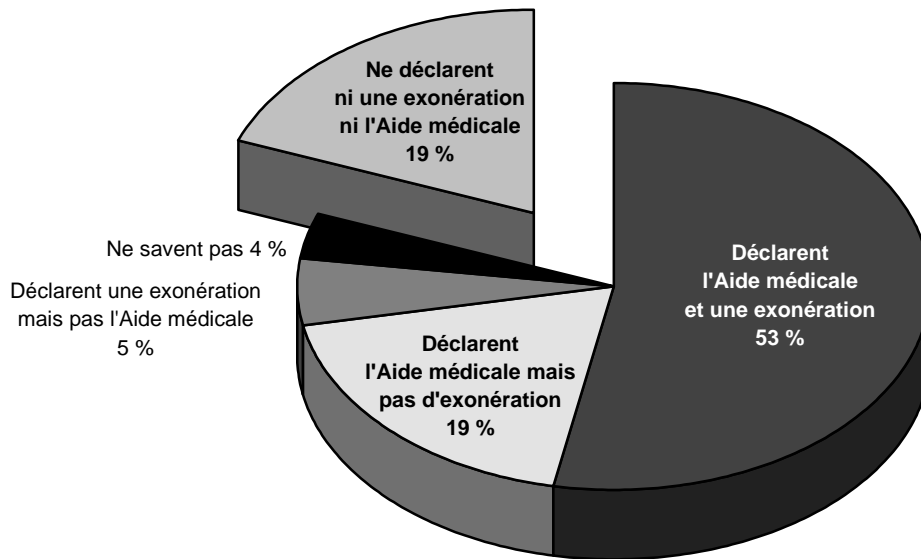
On constate également que certaines personnes vivant du RMI savent qu'elles sont prises en charge à 100 % sans savoir qu'il s'agit de l'Aide médicale : 5 % des personnes sont dans ce cas. Par conséquent, on peut considérer que 77 % des personnes vivant du RMI se déclarent exonérées du ticket modérateur alors que théoriquement toutes ces personnes devraient être prises en charge à 100 %.

---

<sup>16</sup> Cf. *Glossaire*.

<sup>17</sup> *Bien que le RMI, Revenu Minimum d'Insertion, soit versé par foyer, nous comptabilisons ici l'ensemble des allocataires du RMI et leurs ayants droit (conjoint et enfants). Les données nationales donnent un taux de 2,8 % de personnes vivant du RMI en France (hors DOM) à la fin 1995 (sources : La protection sociale en France, Les Notices, La Documentation Française, 1997).*

**Graphique 5**  
**Les personnes vivant du RMI**  
**selon leur déclaration sur l'exonération du ticket modérateur et l'Aide médicale**  
France 1998 (graphexotm, graphique 5)



CREDES-ESPS 1998

Si on exclut les cas inconnus (4 %), il reste donc 19 % des personnes vivant du RMI qui déclarent ne bénéficier ni de l'Aide médicale ni d'exonération du ticket modérateur alors que, théoriquement, ce taux devrait être nul. Les mauvaises déclarations mises à part, il est possible que certaines personnes ne bénéficient réellement ni de l'Aide médicale ni de l'exonération du ticket modérateur. Plusieurs raisons peuvent être avancées : soit ces personnes ignorent leurs droits, soit elles ont fait la démarche et sont en attente de l'obtention de leurs droits, soit elles ont interrompu leur demande en raison de la complexité du processus administratif. L'un des objectifs de la couverture maladie universelle est de pallier ces problèmes.

**Une personne sur 100 n'envoie pas toutes ses feuilles de soins  
au remboursement de la Sécurité sociale dans l'année**  
(Cf. Rapport annexe Tableau 5)

Il est déjà arrivé à 6,5 % des adultes interrogés<sup>18</sup> de ne pas envoyer certaines feuilles de soins au remboursement de la Sécurité sociale.

Mais ce taux est à nuancer, car si l'on se restreint aux personnes qui ont eu des soins en 1997 et qui n'ont pas renvoyé toutes les feuilles de soins correspondantes, on constate que cette attitude ne concerne que 2,1 % de la population dont 0,3 % n'ont renvoyé aucune feuille et 1,8 % n'ont pas renvoyé une partie seulement des feuilles.

Toutefois, 40 % de ces personnes pensent les adresser bientôt au remboursement. Les 60 % restant n'ont pas l'intention de se faire rembourser, ce qui représente 1,3 % de l'ensemble des adultes interrogés. En général, ces feuilles de soins non envoyées concernent surtout des soins de généralistes et de pharmacie qui sont moins coûteux que ceux de spécialistes ou de dentistes.

Au total, d'après la déclaration des enquêtés, il semble que si une partie non négligeable de la population omet parfois d'envoyer ses feuilles de soins au remboursement, cette attitude concerne, pour une année donnée, à peine plus d'1 % de la population.

<sup>18</sup> Cette question a été posée à une seule personne du foyer, celle directement contactée par l'enquêteur.

### 1.3. La couverture complémentaire maladie

84 % des enquêtés sont protégés par une couverture complémentaire maladie. Alors que 16 % des enquêtés ne possèdent aucune couverture complémentaire, 2,5 % des enquêtés bénéficient de plusieurs couvertures complémentaires.

- 48 % des enquêtés sont au moins bénéficiaires d'une mutuelle<sup>19</sup>,
- 18 % sont au moins clients d'une assurance privée,
- 14 % sont au moins bénéficiaires d'une caisse de prévoyance,
- 6 % déclarent une couverture complémentaire mais nous ne connaissons pas son statut<sup>20</sup>.

#### 1.3.1. Les adultes jeunes sont les moins souvent couverts par une protection complémentaire

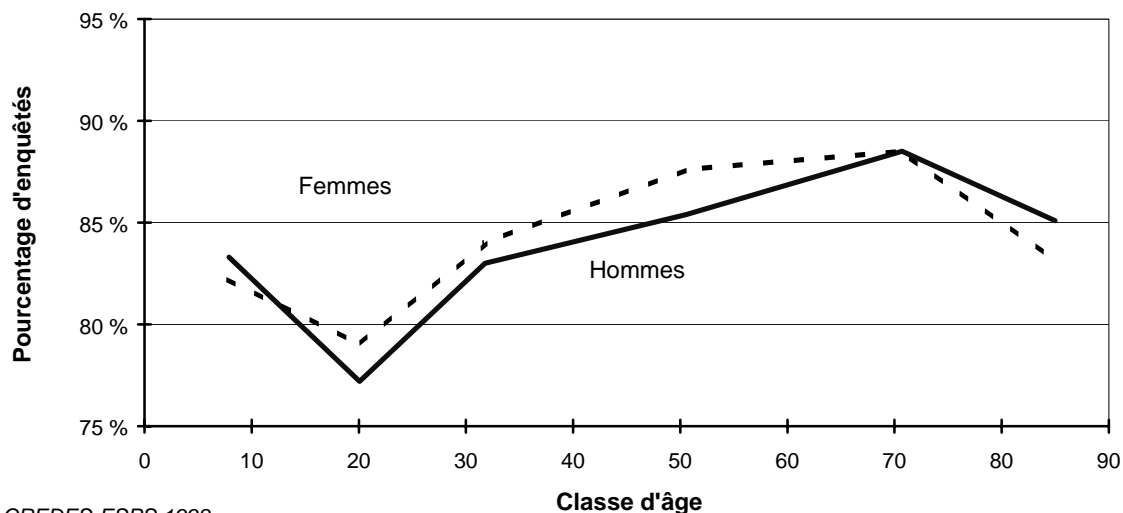
Les personnes qui bénéficient le moins souvent d'une couverture complémentaire sont les jeunes de 20 à 29 ans (78 %). Les personnes les plus fréquemment protégées sont les adultes de 40 à 79 ans, environ 87 %. Après 80 ans, le taux de couverture<sup>21</sup> diminue pour atteindre 84 %<sup>22</sup>.

Tous âges confondus, autant d'hommes que de femmes sont protégés par une couverture complémentaire. Entre 16 et 64 ans, les femmes bénéficient un peu plus souvent d'une couverture complémentaire. Entre 65 et 79 ans, les taux de protection par une couverture complémentaire des hommes et des femmes se rejoignent, et diminuent ensuite plus pour les femmes que pour les hommes à partir de 80 ans (Cf. Graphique 6 et Rapport annexe Tableau 6).

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont peu souvent affiliées à une assurance privée : 14 % contre plus de 19 % pour les personnes de moins de 40 ans (Cf. Rapport annexe Tableau 7).

Les personnes ayant une assurance sont significativement plus jeunes (34 ans) que celles bénéficiant d'une mutuelle (36 ans) ou d'une caisse de prévoyance (36 ans également).

**Graphique 6**  
**Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire, selon l'âge et le sexe**  
France 1998 (graphcc, graphique 1)



CREDES-ESPS 1998

<sup>19</sup> Cf. Glossaire à « Mutuelle », « Assurance privée », « Caisse de prévoyance ».

<sup>20</sup> Une personne peut avoir plusieurs couvertures complémentaires et de nature différente.

<sup>21</sup> Cf. Glossaire « Taux de couverture ».

<sup>22</sup> La progression du taux de couverture des personnes de 80 ans et plus par rapport aux années précédentes n'est pas interprétable et peut être dû à des fluctuations d'échantillonnage.

### 1.3.2. L'activité professionnelle favorise l'accès à une couverture complémentaire

Quand les personnes ont ou avaient un emploi, le taux de couverture (Cf. Glossaire) est élevé : 89 % des actifs occupés comme des retraités bénéficient d'une couverture complémentaire.

Inversement, les personnes qui sont le moins souvent protégées par une couverture complémentaire sont les chômeurs, seulement 58 % de personnes couvertes et les autres inactifs, 64 %.

### 1.3.3. Les familles d'ouvrier non qualifié sont les moins souvent protégées par une couverture complémentaire

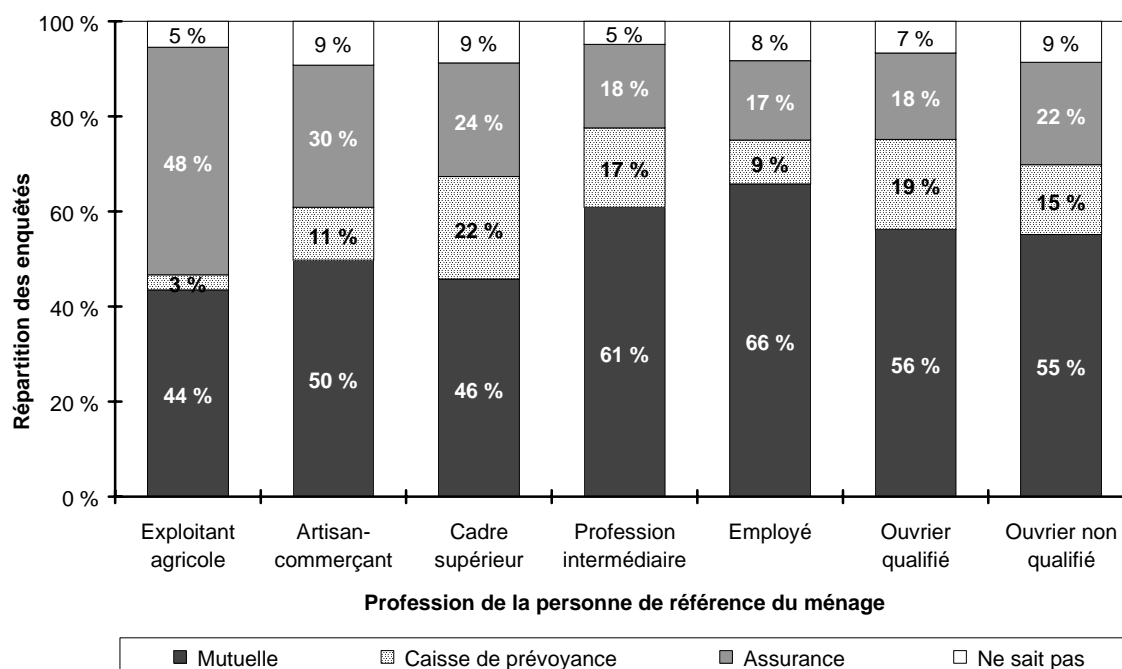
Dans la mesure où une personne obtient souvent sa couverture complémentaire par l'intermédiaire de son entreprise, le taux de protection dépend notamment de la profession (ou de la dernière profession) exercée par la personne de référence du ménage (Cf. Glossaire).

Avec plus de 90 % de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire, les familles de cadre, de profession intellectuelle et de profession intermédiaire ont les taux de protection les plus élevés. A l'inverse, les familles d'ouvrier non qualifié ont le taux le plus faible avec seulement 72 % de personnes couvertes.

Parmi les personnes disposant d'une couverture complémentaire, celles vivant dans les ménages d'employé ou de profession intermédiaire sont le plus souvent mutualistes. Les plus fortes proportions de personnes couvertes par une caisse de prévoyance s'observent dans les ménages d'ouvrier qualifié et de cadre (Cf. Graphique 7).

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

**Graphique 7**  
**Nature de la couverture complémentaire selon le milieu social**  
France 1998 (graphcc.xle, graphique2)



CREDES-ESPS 1998

Le régime de Sécurité sociale dépend de la profession ou de l'ancienne profession, on observe donc des résultats similaires à ceux décrits plus haut par profession. Notons par ailleurs que la MSA qui a un rôle de protection obligatoire pour les exploitants et salariés agricoles dans toute la France, peut également assurer le rôle de couverture complémentaire (une mutuelle) dans une vingtaine de départements. Parmi l'ensemble des personnes protégées par la MSA, 41 % disposent d'une mutuelle (notamment la MSA) et 41 % également bénéficient d'une assurance privée.

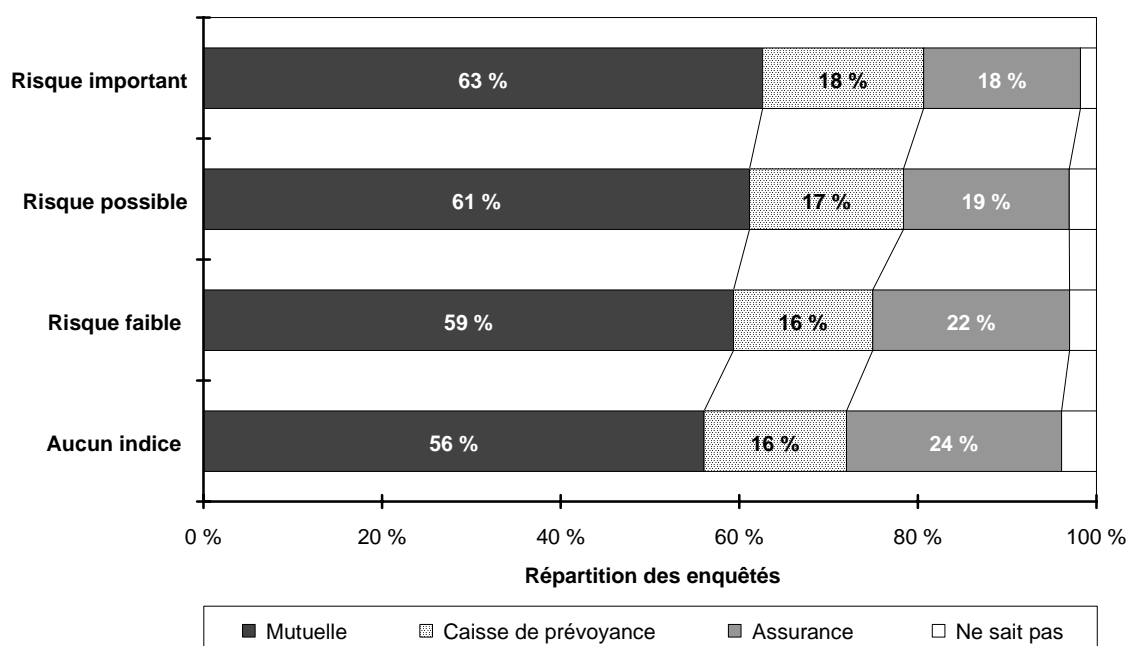
#### 1.3.4. Les organismes mutualistes prennent en charge plus de personnes gravement malades

Dans cette enquête, l'état de santé est estimé à partir des affections déclarées par chaque personne. Cette morbidité déclarée est « affinée » par les médecins chargés du chiffrage des données médicales. Le risque vital et le degré d'invalidité sont des indicateurs synthétisant l'état de santé des enquêtés, ils sont décrits dans le chapitre 2.

Le risque vital n'influe pas, a priori, sur le fait d'avoir ou non une couverture complémentaire. Au niveau de l'invalidité, on remarque que les personnes sans autonomie ou alitées sont peu souvent couvertes par une couverture complémentaire (74 %), elles sont généralement prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

La nature de la couverture complémentaire varie avec la dégradation de l'état de santé qui est, lui-même, lié à l'âge. Les personnes les plus malades, donc les plus âgées, sont davantage protégées par des mutuelles alors que les personnes en bonne santé, plus jeunes, bénéficient plus souvent d'une assurance privée (Cf. Graphique 8). Environ 24 % des couvertures complémentaires des personnes ne présentant aucun risque sur le plan vital ou un risque très faible sont des assurances privées contre seulement 18 % des personnes ayant un risque important. On observe des résultats cohérents avec le comportement assurantiel des individus selon leur génération, c'est-à-dire plus de mutuelle chez les personnes âgées et plus d'assurance privée chez les jeunes.

**Graphique 8**  
Nature de la couverture complémentaire selon le risque vital  
France 1998 (graphcc.xls, graphique3)

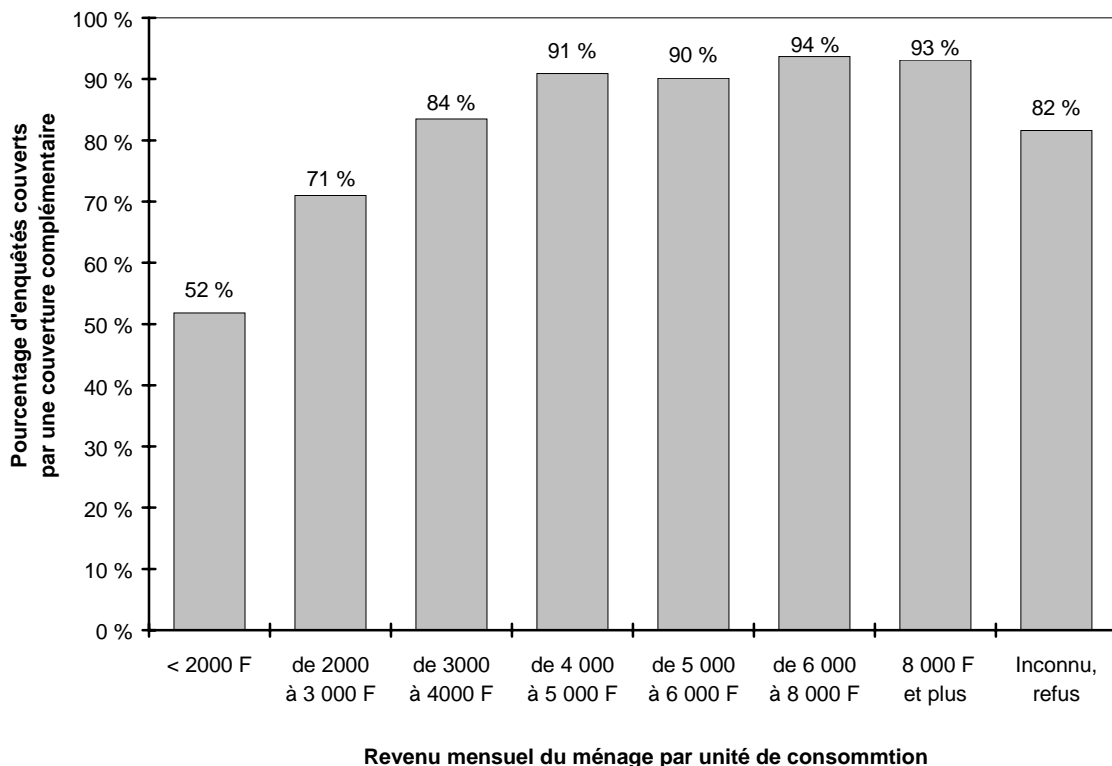




### 1.3.5. La précarité influe fortement sur le taux de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire

Dans les foyers où le revenu par unité de consommation (Cf. Glossaire) est inférieur à 2 000 F, seules 52 % des personnes déclarent bénéficier d'une couverture complémentaire. Ensuite, plus le revenu augmente, plus le taux de protection par une couverture complémentaire augmente, passant de 71 % pour les personnes ayant un revenu par unité de consommation compris entre 2 000 F et 3 000 F à 93 % pour les personnes ayant un revenu par unité de consommation supérieur à 8 000 F (Cf. Graphique 9).

**Graphique 9**  
**Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire,**  
**selon le revenu par unité de consommation**  
France 1998 (graphcc.xls, graphique4)



CREDES-ESPS 1998

Parmi les personnes vivant du RMI, 86 % déclarent ne pas être protégées par une couverture complémentaire, mais elles sont théoriquement prises en charge à 100 % au titre de l'Aide médicale<sup>23</sup>. Par ailleurs, le bénéfice d'une couverture complémentaire dépend également de la précarité du contrat de travail : alors que seulement 8 % des salariés en contrat à durée indéterminée sont sans couverture complémentaire, cette proportion est d'environ un quart pour les salariés en contrat à durée déterminée de moins de 6 mois ou intérimaires et près de la moitié des contrats de type « emploi-solidarité » (Cf. Rapport annexe Tableau 8).

<sup>23</sup> Toutefois, l'Aide médicale octroyée par le département pourrait être assimilée à de la couverture complémentaire. Mais les enquêtés ne le perçoivent pas ainsi et déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire.

### 1.3.6. 2,5 % des enquêtés bénéficient de deux couvertures complémentaires ou plus

Les personnes protégées par plusieurs couvertures complémentaires appartiennent plus souvent aux catégories, 30-60 ans, actifs, cadres, dont les revenus sont élevés. On relève ainsi environ 6 % de personnes avec plusieurs couvertures complémentaires dans les ménages dont les revenus sont supérieurs à 20 000 francs par mois. Toutefois, cette multicouverture ne résulte pas nécessairement d'un choix mais souvent d'une obligation de couverture par l'intermédiaire de l'entreprise.

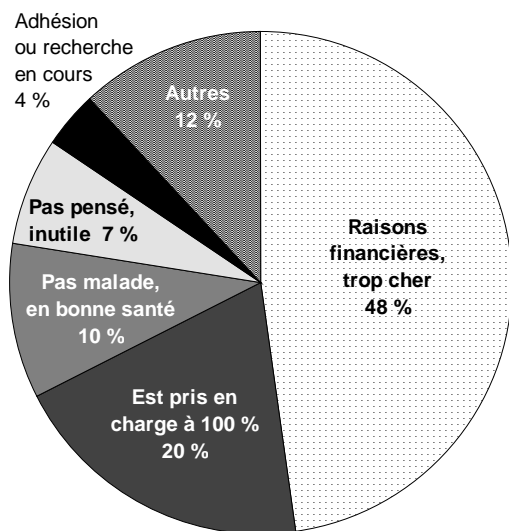
A l'opposé, ces taux sont particulièrement faibles parmi les ménages dont le chef de famille est ouvrier non qualifié, 1 % (Cf. Rapport annexe Tableau 6).

### 1.3.7. Deux tiers des ménages ne possèdent qu'un seul contrat de couverture complémentaire

Parmi l'ensemble des ménages enquêtés, 12 % ne bénéficient d'aucun contrat de couverture complémentaire, 66 % possèdent un seul contrat de couverture complémentaire, 19 % ont 2 contrats et 2 % en ont 3 ou plus (Cf. Rapport annexe Tableau 9).

### 1.3.8. Pourquoi ne sont-ils pas couverts par une couverture complémentaire ?

**Graphique 10**  
**Motifs d'absence de couverture complémentaire**



CREDES-ESPS 1998

Environ 16 % des enquêtés ne possèdent pas de couverture complémentaire. Nous leur avons demandé, après une confirmation de leur part, pourquoi ils n'en avaient pas.

Parmi les personnes sans couverture complémentaire, la moitié souhaiterait en souscrire une mais ne le fait pas notamment pour des raisons financières (Cf. Rapport annexe Tableau 10 et Graphique 10). 20 % sont déjà pris en charge à 100 %. 10 % sont en bonne santé et déclarent ne pas en avoir besoin. 7 % pensent que c'est inutile ou n'y ont même pas pensé. 4 % des enquêtés sans couverture complémentaire en recherchent une ou sont en cours d'adhésion.

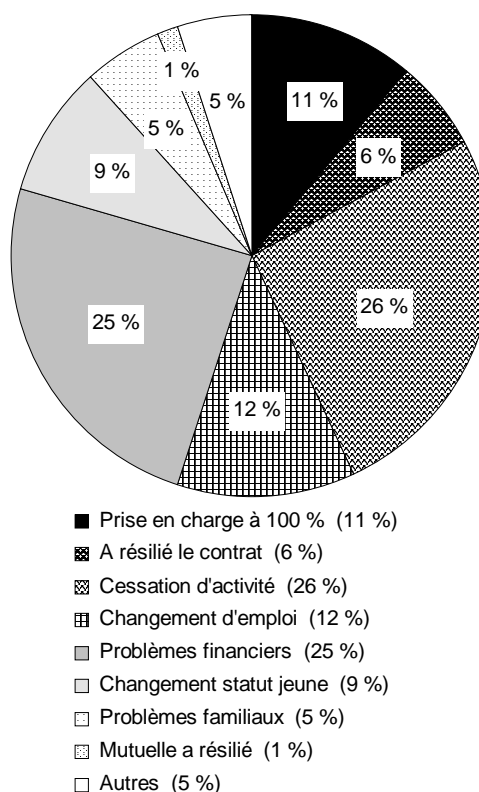
Parmi les personnes sans couverture complémentaire, 41 % ont déjà été couvertes par une complémentaire maladie.

Parmi ces personnes qui étaient couvertes auparavant, seules 17 % ont choisi délibérément de ne pas conserver leur couverture complémentaire : 11 % parce qu'elles étaient désormais prises en charge à 100 % et 6 % ont résilié leur contrat car elles pensaient ne plus en avoir besoin ou n'étaient pas contentes (Cf. Rapport annexe Tableau 12).

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

Parmi les personnes qui étaient couvertes auparavant, 38 % ont perdu leur couverture complémentaire en raison d'un changement d'activité ; soit une cessation d'activité (retraite, chômage, congé parental...) (26 %), soit un changement d'emploi (12 %). Un quart a perdu sa couverture complémentaire pour des raisons financières, les cotisations étant notamment trop chères. 9 % des personnes qui ont perdu leur couverture complémentaire sont des jeunes : passé un certain âge ils ne sont plus couverts par le contrat de leurs parents ou ils changent de statut et ne sont plus couverts par une mutuelle étudiante par exemple. Enfin, 5 % des personnes couvertes auparavant ont perdu leur couverture complémentaire en raison d'un changement de la situation familiale (décès, divorce).

**Graphique 11**  
**Motifs de la perte de la couverture complémentaire**



CREDES-ESPS 1998

#### 1.4. Le mode d'obtention de la couverture complémentaire

L'objectif de cette partie étant de comprendre comment est obtenue la couverture complémentaire, nous nous intéressons ici uniquement aux personnes qui ont souscrit un contrat, c'est-à-dire l'assuré lui-même, sans tenir compte de ses ayants droit.

Parmi les foyers enquêtés, nous avons 9 519 contrats de couvertures complémentaires déclarés.

Parmi l'ensemble des contrats de couvertures complémentaires, 58 % sont des contrats mutualistes, 20 % des assurances privées et 15 % des contrats passés avec des caisses de prévoyance<sup>24</sup> (Cf. Rapport annexe Tableau 13).

##### 1.4.1. Près de la moitié des contrats sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise

Le mode d'obtention de la couverture est déclaré par la personne interviewée lors du premier contact, cette personne n'est pas nécessairement la personne assurée à la couverture complémentaire. Par conséquent, la réponse peut être approximative ; par exemple, beaucoup de mutuelles de fonctionnaires sont déclarées obligatoires alors qu'elles ne le sont pas. De plus, même quand c'est l'assuré lui-même qui répond aux questions, il est possible qu'il traduise plutôt sa perception du mode d'obtention de sa couverture complémentaire et non la réalité.

Près d'un quart des contrats sont souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise de l'assuré, et sont obligatoires.

Dans presque trois quarts des cas, l'assuré a choisi délibérément de souscrire lui-même son contrat : 25 % des contrats étant obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise, mais sans obligation, et 47 % de la propre initiative de l'assuré sans aucune intervention d'une entreprise.

Plus des deux tiers des contrats de caisse de prévoyance sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise. A l'inverse, environ la moitié des contrats mutualistes et des contrats d'assurance privée sont pris directement de la propre initiative des personnes (Cf. Rapport annexe Tableau 13).

---

<sup>24</sup> 7 % des couvertures complémentaires sont de nature inconnue.

### 1.4.2. L'obtention d'une couverture complémentaire est liée à l'activité professionnelle

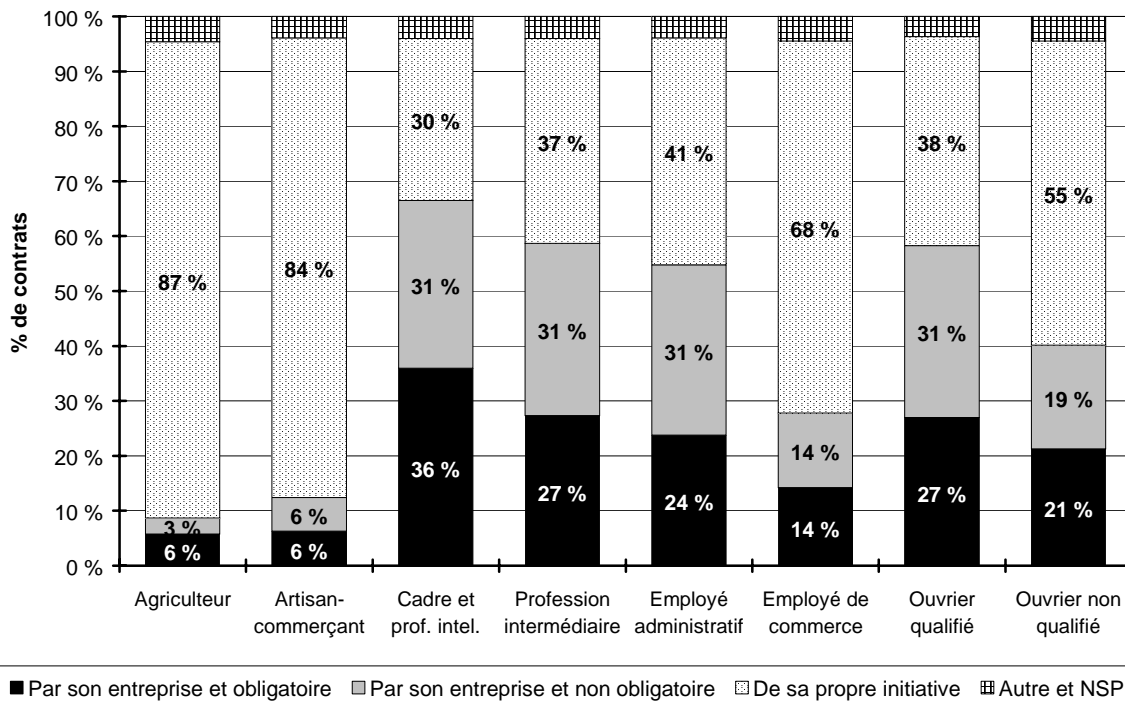
Les actifs occupés sont majoritairement couverts par leur entreprise : 57 % des contrats sont souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise dont 28 % sont obligatoires. Certains retraités ou veufs sont encore liés à leur ancienne entreprise par leur couverture complémentaire ; toutefois, plus de la moitié de leurs contrats sont pris de leur propre initiative sans aucune intervention d'une entreprise (Cf. Rapport annexe Tableau 14).

Le fait d'être salarié ou non est déterminant dans le mode d'obtention d'une couverture complémentaire. En effet, si seulement 41 % des contrats pris par des salariés ou anciens salariés sont le fait de leur propre initiative, cette proportion est de 86 % pour les personnes non salariées : 87 % des contrats des agriculteurs et 84 % de ceux des artisans-commerçants sont pris de leur propre initiative.

Certaines catégories de salariés se distinguent par une faible proportion de contrats obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise. Il s'agit des employés de commerce et des ouvriers non qualifiés où les contrats obtenus par l'intermédiaire d'une entreprise ne représentent que 28 % des contrats des employés de commerce et 40 % des contrats des ouvriers non qualifiés.

Dans les autres professions, le contrat est obtenu principalement par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette part varie de 66 % pour les contrats des cadres et des professions intellectuelles supérieures<sup>25</sup> à 59 % pour les contrats des professions intermédiaires, 58 % pour ceux des ouvriers qualifiés et 55 % pour ceux des employés administratifs. Pour 36 % des contrats des cadres et 27 % des contrats des professions intermédiaires et des ouvriers qualifiés, la souscription est obligatoire. Par contre, ce mode d'obtention ne concerne que 24 % des contrats des employés administratifs (Cf. Graphique 12).

**Graphique 12**  
**Mode d'obtention de la couverture complémentaire**  
**selon la profession ou l'ancienne profession de l'assuré**  
 France 1998 (graphcc.xls, graphique5)



<sup>25</sup> Dans cette classe, sont regroupés des salariés et certains non salariés tels les médecins, avocats...

CREDES-ESPS 1998

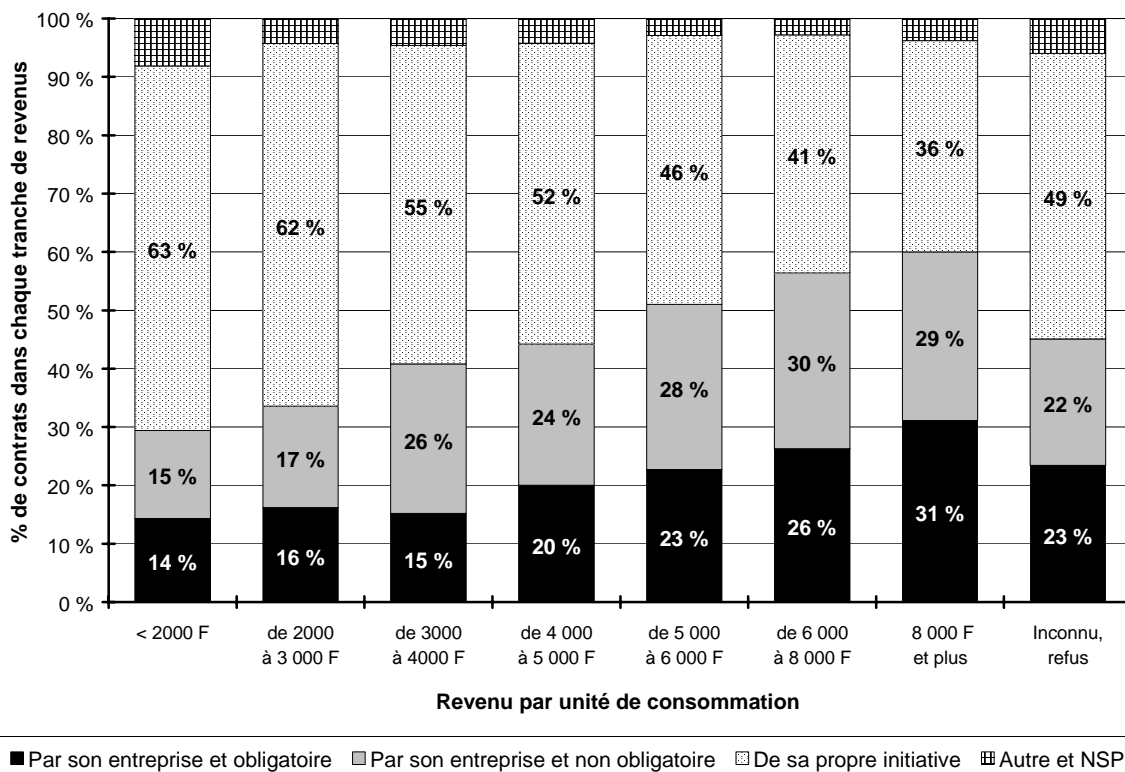
Le régime obligatoire de Sécurité sociale dépendant de la profession, on retrouve donc un niveau de couverture complémentaire selon les régimes proche de celui décrit par profession : 75 % des contrats des personnes affiliées à la Mutualité Sociale Agricole et 86 % des contrats des personnes affiliées à la CANAM sont pris à la propre initiative des personnes, contre moins de 43 % des contrats des personnes du Régime général des salariés.

**1.4.3. La proportion des contrats pris en charge par l'entreprise est plus importante chez les ménages aux revenus élevés**

Les revenus par unité de consommation (Cf. Glossaire) très faibles sont souvent expliqués par une absence de travail ou par des contrats de travail précaire. Par conséquent, les contrats de complémentaire maladie des personnes avec des petits revenus sont rarement souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise. Ainsi, près de 63 % des contrats des personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 2 000 F sont pris à la propre initiative des personnes sans aucune intervention d'une entreprise. Ensuite, quand le revenu augmente, la proportion de contrats pris de sa propre initiative diminue, mais reste supérieure à 50 % pour les revenus par unité de consommation inférieurs à 5 000 F.

Parallèlement, la proportion de contrats obtenus par l'entreprise, de manière obligatoire ou non, augmente avec le revenu par unité de consommation pour atteindre 60 % des contrats pour les revenus supérieurs à 8000 francs par unité de consommation (Cf. Graphique 13).

**Graphique 13**  
**Mode d'obtention de la couverture complémentaire**  
**selon le revenu par unité de consommation du ménage**  
 France 1998 (graphcc.xls, graphique6)



CREDES-ESPS 1998

### 1.5. L'appréciation du niveau de remboursement des couvertures complémentaires

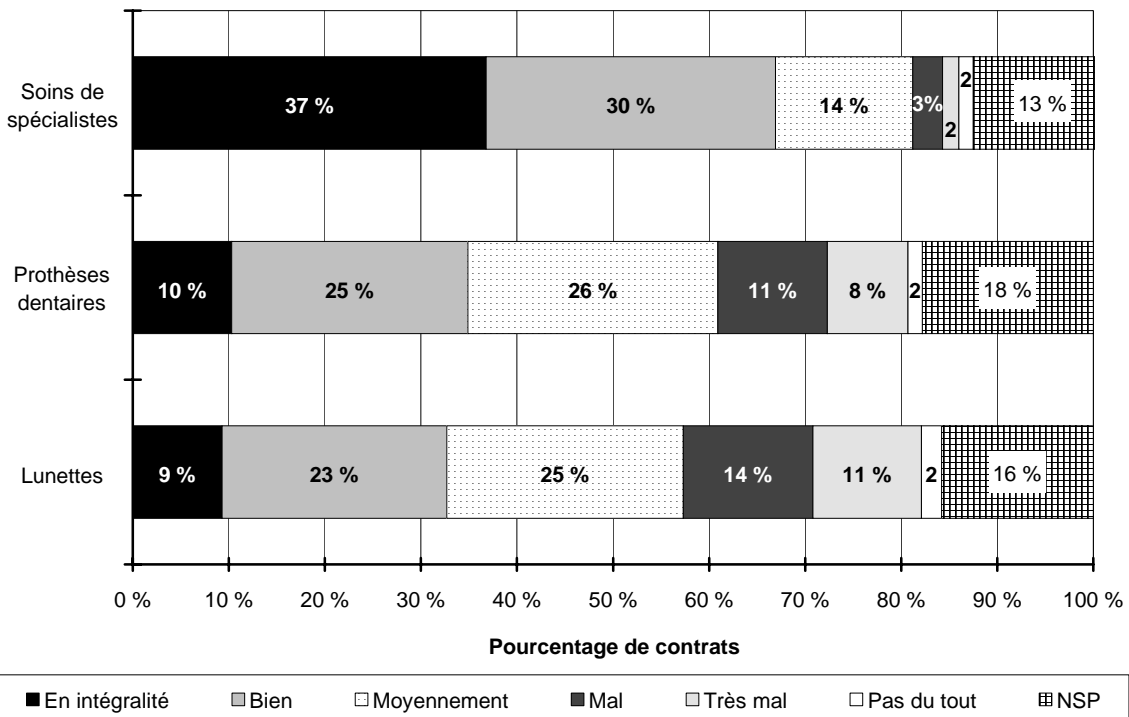
Dans l'enquête, pour chaque contrat de couverture complémentaire, un enquêté donne son opinion sur le niveau de remboursement des couvertures complémentaires. La question posée est « Comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale ? ». Elle concerne trois types de soins : les lunettes, les prothèses dentaires et les soins de spécialiste, soins soit particulièrement mal remboursés par les régimes obligatoires, soit donnant fréquemment lieu à des dépassements (Cf. Rapport annexe Tableau 15).

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

Le taux de non réponse est particulièrement élevé, notamment pour les lunettes et les prothèses dentaires, 16 % et 18 %, qui sont des soins moins fréquents que les soins de spécialiste (13 %).

Pour 27 % des contrats, les personnes estiment que les lunettes sont mal, très mal ou pas du tout remboursées par leur couverture complémentaire ; ce taux est de 21 % pour les prothèses dentaires, et seulement de 6 % pour les soins de spécialiste (Cf. Graphique 14).

**Graphique 14** Cf graph 11 1996 dans CC  
**Appréciation du niveau de remboursement des couvertures complémentaires**  
 France 1998 (graphcc.xls, graphique5)



CREDES-ESPS 1998

A l'inverse, pour 67 % des contrats, les personnes considèrent être intégralement ou bien remboursées des soins de spécialiste, ce taux n'étant respectivement que de 35 % et 33 % pour les prothèses dentaires et les lunettes.

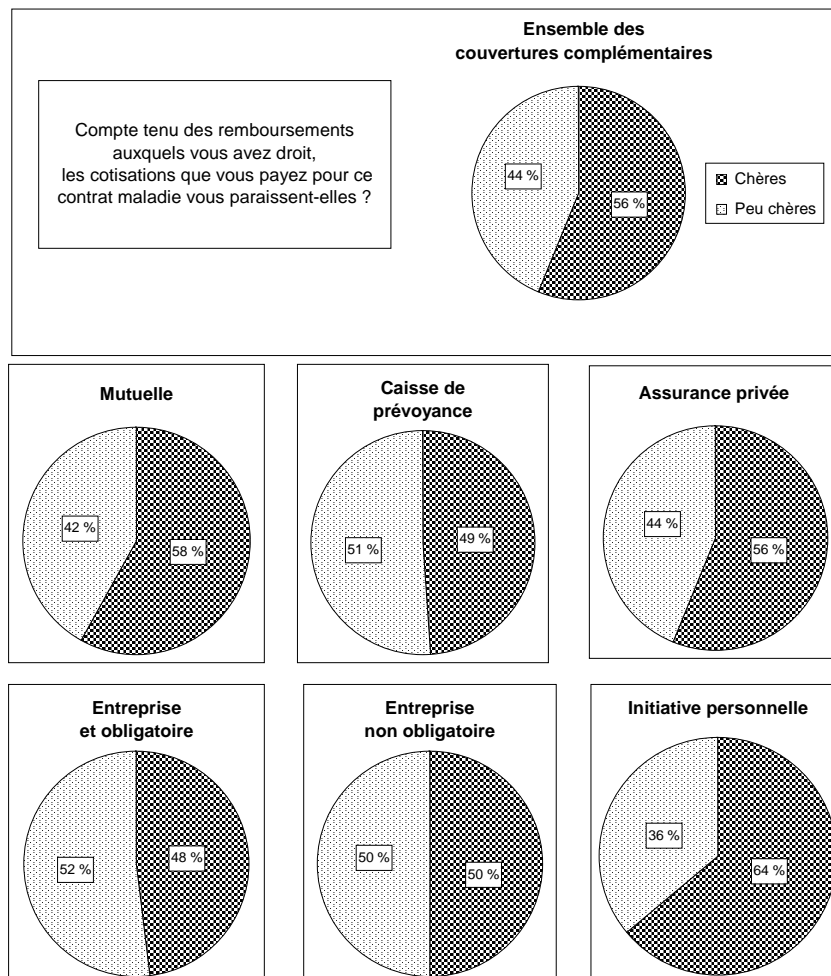
Les assurances remboursent plus souvent en intégralité les soins de spécialiste (43 %) que les caisses de prévoyance (38 %) ou que les mutuelles (35 %). Cette notion de remboursement intégral est peut être surestimée car une personne bénéficiant d'une couverture complémentaire remboursant que le ticket modérateur et ne consultant qu'en secteur 1 déclarera être remboursée intégralement ; en revanche si elle consulte en secteur 2, elle jugera certainement le remboursement moins bon.

Concernant les lunettes, 28 % des personnes bénéficiant de contrats de mutuelle estiment qu'elles sont mal, très mal ou pas du tout remboursées ; ce taux est de 25 % pour les assurances et de 24 % pour les caisses de prévoyance (Cf. Rapport annexe Tableau 15).

Enfin, les enquêtés considèrent que 23 % des contrats de mutuelle remboursent mal, très mal voire pas du tout les prothèses dentaires. Cette proportion est de 18 % pour les caisses de prévoyance et les assurances.

Sur dix contrats de couverture complémentaire, environ six ont des cotisations qui paraissent chères. Mais ce nombre varie selon la nature de la couverture complémentaire : environ six contrats sur dix d'assurance privée et de mutuelle ont des cotisations jugées chères contre environ cinq sur dix pour les caisses de prévoyance (Cf. Graphique 15 et Rapport annexe Tableau 16).

**Graphique 15**  
**Appréciation du montant des cotisations, selon la nature de la couverture complémentaire,**  
**selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire**  
France 1998 (graphcc.xls, graphique8)



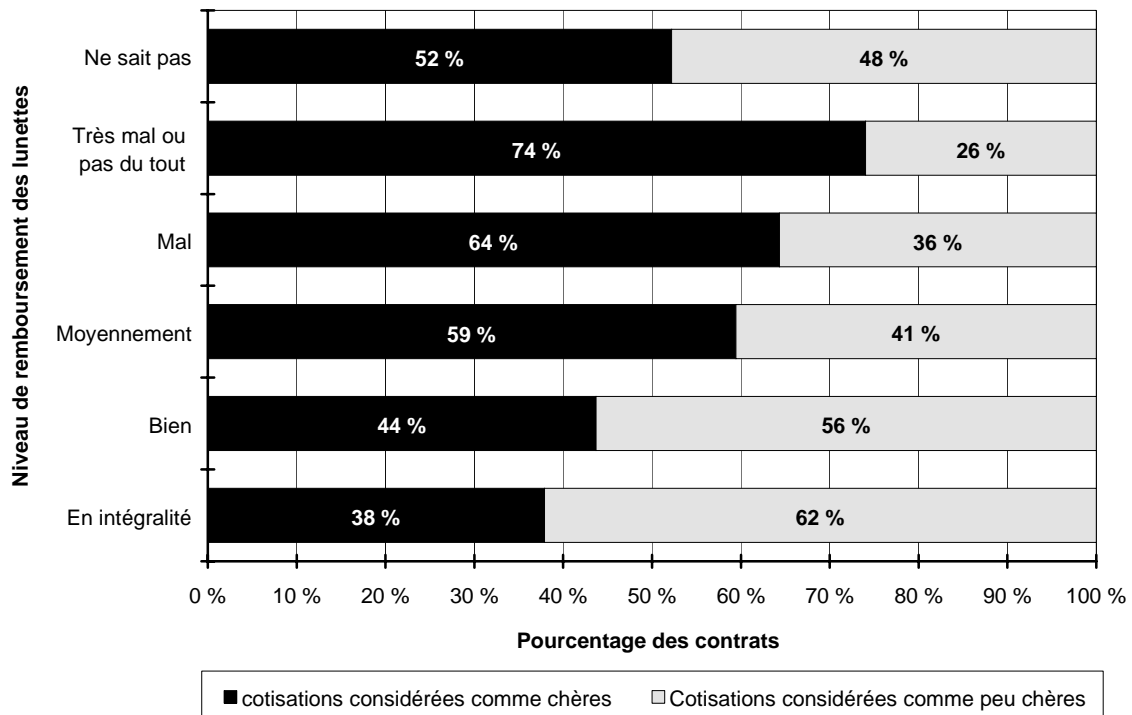
CREDES-ESPS 1998



Plus la personne prend une part active dans le choix de sa couverture complémentaire, plus elle connaît le montant de ses cotisations et plus celles-ci lui paraissent chères. A l'opposé, quand le contrat est obligatoire, souvent le salarié ne connaît pas le montant des cotisations, certaines entreprises participant elles-mêmes en partie aux cotisations de la couverture complémentaire. De plus, il est probable que ces contrats soient effectivement moins chers, car négociés. Par conséquent, les cotisations paraissent dans ce cas souvent peu chères. Pour 64 % des contrats pris de la propre initiative des personnes, celles-ci jugent leurs cotisations chères, alors que lorsque le contrat est obligatoire, seulement 48 % des cotisations paraissent chères (Cf. Rapport annexe Tableau 17).

Quand les personnes pensent, à tort ou à raison, être bien remboursées, leurs cotisations leur paraissent peu chères. Par exemple, pour les lunettes, 62 % des personnes remboursées en intégralité jugent leurs cotisations peu chères contre seulement 26 % si elles sont très mal ou pas du tout remboursées (Cf. Graphique 16). Nous observons la même tendance pour les prothèses dentaires et les soins de spécialiste (Cf. Rapport annexe Tableau 18).

**Graphique 16**  
**Appréciation du montant des cotisations,**  
**selon l'appréciation du niveau de remboursement des lunettes**  
France 1998 ((graphcc.xls, graphique9)



CREDES-ESPS 1998

### 1.6. L'exonération du ticket modérateur et la couverture complémentaire

Environ 11 % des personnes déclarent n'avoir ni exonération du ticket modérateur, ni couverture complémentaire maladie.

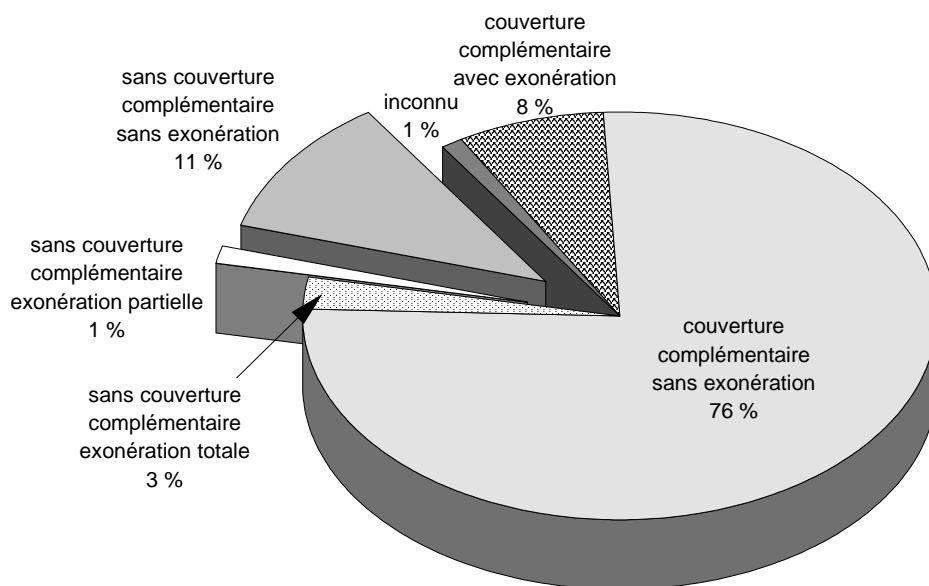
Quand les personnes sont exonérées du ticket modérateur, elles bénéficient moins souvent d'une couverture complémentaire : 34 % des personnes exonérées n'ont pas de couverture complémentaire alors que seulement 13 % des personnes non exonérées n'en ont pas (Cf. Rapport annexe Tableau 19).

Les personnes sans couverture complémentaire sont plus souvent exonérées du ticket modérateur. Parmi les personnes sans couverture complémentaire, un quart est exonéré du ticket modérateur contre seulement 9 % parmi les personnes avec une couverture complémentaire. De plus, les motifs d'exonération sont différents selon que les personnes disposent ou non d'une couverture complémentaire (*Rapport annexe Tableau 19*). Parmi les motifs d'exonération des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire, 2 % sont liés à l'Aide médicale et 81 % à une ALD. Pour les personnes sans couverture complémentaire, 54 % des motifs d'exonération sont liés à l'Aide médicale et 31 % à une ALD. Notons qu'en théorie ces personnes bénéficiaires de l'Aide médicale ont, par définition, une complémentaire santé en plus de leur régime de base. Ne connaissant vraisemblablement pas la définition administrative de l'Aide médicale, ces personnes déclarent en bénéficier sans savoir pour autant qu'elle comporte une complémentaire.

Suivant son motif, l'exonération du ticket modérateur ne peut concerner qu'une partie des soins et en aucun cas les dépassements. De même, la couverture complémentaire ne rembourse pas nécessairement la totalité des dépassements. Cependant, on peut dire que les personnes possédant une couverture complémentaire (84 % des enquêtés) ont un niveau de protection sociale correct. Il en est de même pour les personnes dont l'exonération est totale (environ 3 % des enquêtés). En revanche, les personnes sans couverture complémentaire et sans exonération peuvent être considérées comme ayant un faible niveau de protection sociale (11 % des enquêtés). Il en est de même pour les personnes exonérées partiellement et sans couverture complémentaire (environ 1 % des enquêtés) (*Rapport annexe Tableau 21*).

En terme de répartition (*cf. Graphique 17*), 87 % des personnes possèdent un niveau de protection sociale correct ou bon, elles ne payent pas ou quasiment pas le ticket modérateur et peuvent éventuellement être remboursées de certains dépassements. Par contre, pour 11 % des personnes, le ticket modérateur et les éventuels dépassements restent en totalité à leur charge et pour 1 % des personnes ces frais restent à leur charge pour les soins concernant les affections non exonérées<sup>26</sup>.

**Graphique 17**  
**Répartition des enquêtés selon leur niveau de protection sociale**  
France 1998 ((graphcc.xls, graphique10)



CREDES-ESPS 1998

<sup>26</sup> Pour 1 % des personnes nous ne connaissons pas leur niveau de protection sociale.

### 1.7. Le remboursement des dépassements de soins de spécialistes

Dans l'enquête 1998, de manière à mieux cerner le niveau de remboursement de la couverture complémentaire, nous avons posé la question suivante pour chacun des 9 519 contrats de couverture complémentaire :

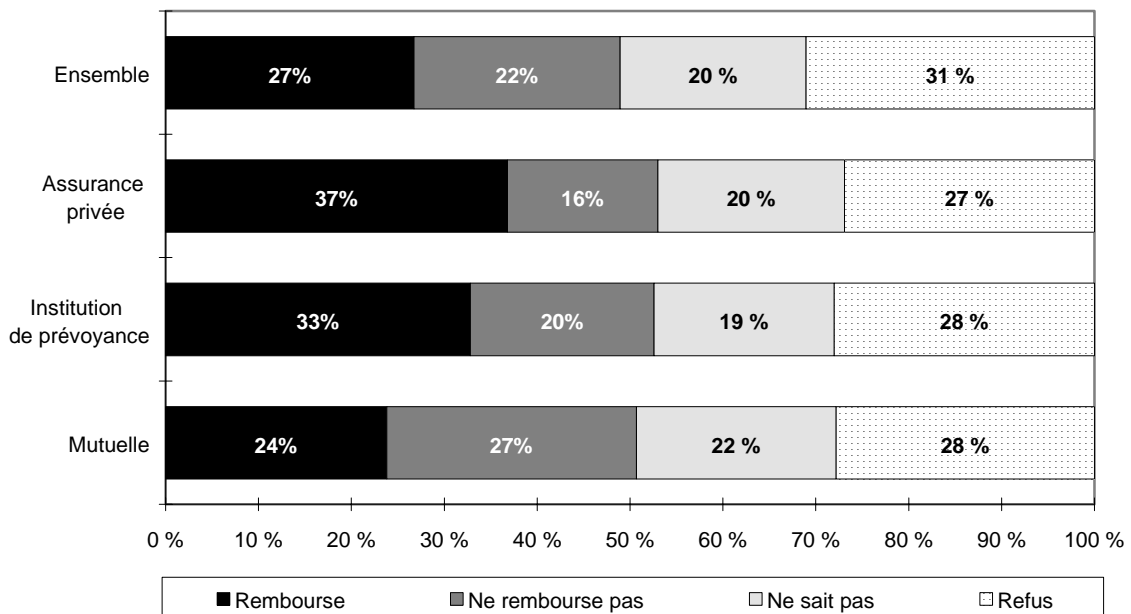
**Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 150 francs, cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 150 francs ?** (cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou des honoraires libres)

<sub>1</sub> oui       <sub>2</sub> non       <sub>3</sub> ne sait pas

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

Sur l'ensemble des contrats de couverture complémentaire déclarés lors du premier contact avec le ménage, la moitié ne comporte pas de réponse exploitable : 31 % des assurées n'ont pas répondu au questionnaire sur la couverture complémentaire et 20 % ne savent pas<sup>27</sup>, 27 % des assurés déclarent avoir un contrat qui rembourse les dépassements de spécialistes, 22 % déclarent ne pas être remboursés des dépassements de spécialistes (cf. Graphique 18 et Rapport annexe Tableau 22).

**Graphique 18**  
**Répartition des contrats de couvertures complémentaires**  
**selon qu'ils remboursent ou non les dépassements de spécialistes**  
 France 1998 (graphcc.xls, graphique11)



CREDES-ESPS 1998

<sup>27</sup> Il est probable qu'il s'agit de personnes qui, soit ne consultent pas de spécialistes ou n'en ont pas consulté depuis longtemps, soit ne consultent pas de spécialistes de secteur 2, et qui donc, tout naturellement, ne peuvent pas répondre à la question.

Selon ces déclarations, il apparaît que ce sont les assurances privées qui remboursent le plus souvent les dépassements de spécialistes, viennent ensuite les institutions de prévoyance puis les mutuelles.

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

**Tableau n° 1**  
**Le remboursement des dépassements de spécialistes par nature de couverture complémentaire**  
**(Non compris les inconnus)**

	Rembourse	Ne rembourse pas
Mutuelle	47 %	53 %
Institution de prévoyance	62 %	38 %
Assurance privée	69 %	31 %
Ensemble	55 %	45 %

Sous cette hypothèse, qui est tout de même forte, et d'après la déclaration des enquêtés, plus de la moitié des contrats remboursent les dépassements de spécialistes. Environ 7 contrats d'assurance privée sur 10 remboursent les dépassements de spécialistes, environ 6 contrats d'institution de prévoyance sur 10 et moins de 5 contrats de mutuelles sur 10.

Sous cette même hypothèse, et toujours d'après la déclaration des enquêtés, nous avons les résultats suivant selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire (*Cf. Rapport annexe Tableau 23*).

**Tableau n° 2**  
**Le remboursement des dépassements de spécialistes**  
**selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire**  
**(Non compris les inconnus)**

	Rembourse	Ne rembourse pas
par l'entreprise, obligatoire	64 %	36 %
par l'entreprise, non obligatoire	58 %	42 %
par sa propre initiative	48 %	52 %
Ensemble	55 %	45 %

Les contrats d'entreprise semblent avoir des niveaux de remboursements meilleurs : environ 6 contrats d'entreprise sur 10 remboursent les dépassements de spécialistes alors que seulement 5 contrats individuels sur 10 les remboursent.

Au lieu de raisonner en terme de contrats de couverture complémentaire, intéressons-nous maintenant à l'ensemble des bénéficiaires de la couverture complémentaire (*Rapport annexe Tableau 24*). Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire<sup>28</sup>, on estime à 58 % la part des personnes possédant un contrat qui rembourse les dépassements de spécialistes et donc à 42 % les personnes avec un contrat qui ne rembourse pas les dépassements de spécialistes.

Enfin, si l'on extrapole à l'ensemble de la population enquêtée, 48 % des personnes possèdent une couverture complémentaire qui rembourse les dépassements de spécialistes, 36 % ont aussi une couverture complémentaire qui ne rembourse pas les dépassements de spécialistes et enfin, 16 % n'ont pas de couverture complémentaire.

<sup>28</sup> Sous l'hypothèse précédente d'une répartition aléatoire des non réponses.

## **2. Morbidité**

---



## 2. Les maladies et les troubles de santé déclarés en 1998

L'état de santé est estimé dans l'enquête SPS à partir de la morbidité prévalente, c'est-à-dire de l'ensemble des affections dont chaque personne est atteinte à un moment donné<sup>29</sup>. Cette morbidité déclarée<sup>30</sup> par les enquêtés est "affinée" par les médecins chargés du chiffrage des données médicales et pharmaceutiques.

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

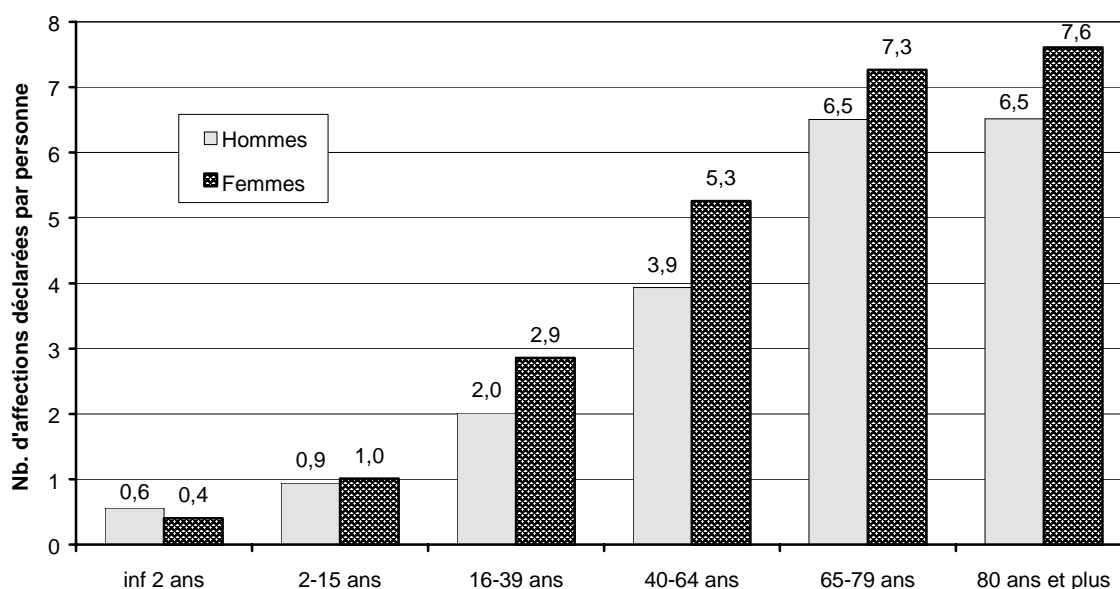
### 2.1. La morbidité prévalente

#### 2.1.1. Une personne âgée de plus de 65 ans déclare présenter en moyenne presque sept affections

A un moment donné, un enquêté déclare en moyenne être atteint de 3,3 affections (2 sans compter les problèmes dentaires et les troubles de la vue). Bien entendu, le nombre de maladies par personne augmente avec l'âge : les nourrissons présentent moins d'une affection, tandis que les personnes les plus âgées en ont plus de 7.

Les femmes déclarent un tiers d'affections de plus que les hommes, 3,7 et 2,8. Quel que soit l'âge, en dehors des nourrissons les femmes présentent plus de troubles que les hommes (Cf. Graphique 19).

Graphique 19  
Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

<sup>29</sup> Pour plus de renseignements sur la méthode d'enquête, cf. Annexe méthodologique.

<sup>30</sup> Par définition, les personnes ne déclarent que les maladies qu'elles souhaitent déclarer et dont elles sont informées.

A l'exclusion des problèmes dentaires et des troubles de la réfraction, les enfants de 2 à 15 ans déclarent en moyenne 0,5 affection, les adultes jeunes, 1,2 et les adultes de 40 à 64 ans, 2,8. Quant aux personnes âgées de 65 à 79 ans et de 80 ans et plus, elles déclarent présenter, en plus de leurs problèmes dentaires et visuels, respectivement 4,9 et 5,4 autres maladies.

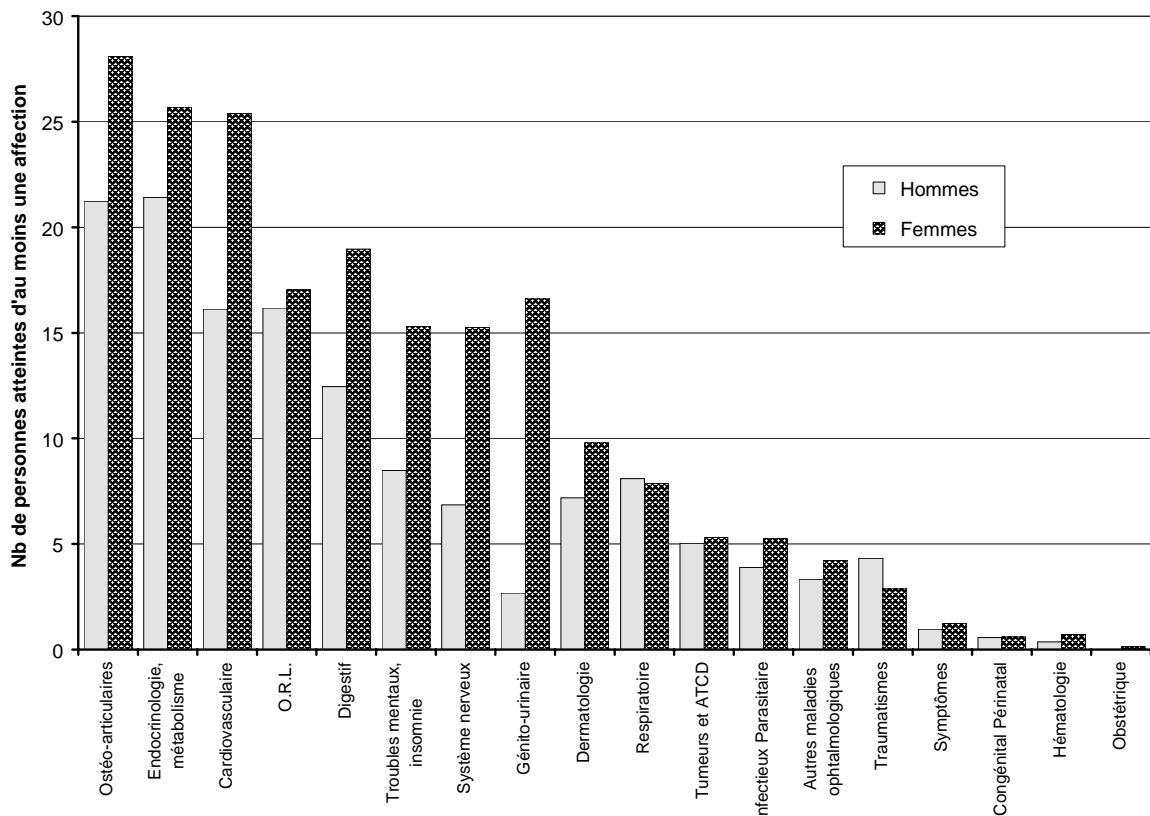
Plus de 13 % des enquêtés (15 % des hommes et 12 % des femmes) ne déclarent aucune affection, 19 % en déclarent une, 17 % deux, 14 % trois, 10 % quatre, 8 % cinq et 20 % six affections ou plus (Cf. Rapport annexe Tableau 25).

### 2.1.2. De quoi souffre-t-on ?

La classification utilisée est la classification CREDES basée sur la Classification Internationale des Maladies 9ème révision (cf. annexe 1). En dehors des nourrissons, quel que soit l'âge et le sexe, les problèmes dentaires et les troubles de la vue sont les affections qui atteignent le plus de personnes.

Pour pratiquement tous les groupes d'affections étudiés, les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, à l'exception des traumatismes. Les affections ORL, les troubles respiratoires et les tumeurs ou leurs antécédents touchent autant les hommes que les femmes (Cf. Graphique 20 et Rapport annexe Tableau 26)<sup>31</sup>.

**Graphique 20**  
**Nombre de personnes déclarant être atteintes d'au moins une affection du chapitre**  
**pour 100 personnes enquêtées, selon le sexe**  
*(sont exclus les problèmes dentaires et les troubles de la vue)*  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

<sup>31</sup> On trouvera dans le Rapport annexe Tableau 27, le taux de prévalence des affections selon le sexe (nombre de maladies déclarées pour cent personnes).



## Les femmes déclarent plus d'affections que les hommes

Les affections dentaires et les troubles de la réfraction, qui donnent lieu à un chiffrage particulier, seront traités ultérieurement.

Chez les hommes comme chez les femmes adultes, la fréquence de l'obésité ou du surpoids est particulièrement importante<sup>32</sup>. Ce facteur de risque concerne 23 % des adultes enquêtés, 22 % des hommes adultes et presque le quart des femmes.

- Plus de 21 % des hommes déclarent présenter des troubles endocriniens ou du métabolisme (essentiellement un surpoids ou une obésité), 21 % souffrent d'au moins une affection ostéo-articulaire (presque 10 % se plaignent de lombalgies ou de sciatique), 16 % ont des troubles ORL (plus de 7 % déclarent une surdité), enfin, 16 % souffrent d'au moins une maladie cardiovasculaire, la plus fréquente étant l'hypertension artérielle qui concerne presque 9 % des hommes. Par ailleurs, 13 % des hommes présentent des troubles digestifs (5 % se plaignent de dyspepsie et autres troubles de l'estomac) et 9 % déclarent un trouble mental ou du sommeil. Ils sont 8 % à déclarer une affection de l'appareil respiratoire (4,5 % un asthme), 7 % un problème dermatologique, 7 % une maladie du système nerveux et 5 % une tumeur ou un antécédent de tumeur (dont presque la moitié sont des tumeurs spécifiées bénignes). Les autres affections concernent chacune moins de 5 % des hommes enquêtés (*pour plus de détails sur les affections Cf. Rapport annexe Tableaux 26 et 33*).
- 28 % des femmes déclarent au moins une affection ostéo-articulaire ; comme les hommes elles sont presque 10 % à souffrir de lombalgies ou sciatalgies ; par contre elle déclarent deux fois plus souvent que les hommes souffrir d'arthrose rachidienne. 26 % des femmes présentent un trouble endocrinien ou métabolique (essentiellement une ob siti ) et plus du quart déclarent présenter au moins une affection cardiovasculaire (essentiellement des troubles veineux dont se plaignent 16 % des femmes). Sur 100 femmes, 19 déclarent au moins un trouble digestif (symptomatologie gastrique, intestinale et constipation), 17 un problème ORL, 17 une affection des organes génito-urinaires, 15 un trouble mental ou du sommeil (dont plus de 40 % déclarent au moins une dépression) et 15 une affection du système nerveux (dont plus de 93 % sont des migraines ou céphalées). Les pathologies dermatologiques concernent 10 % des femmes, les maladies de l'appareil respiratoire 8 % et les tumeurs ou antécédents de tumeurs, 5 %, tout comme les maladies infectieuses.

---

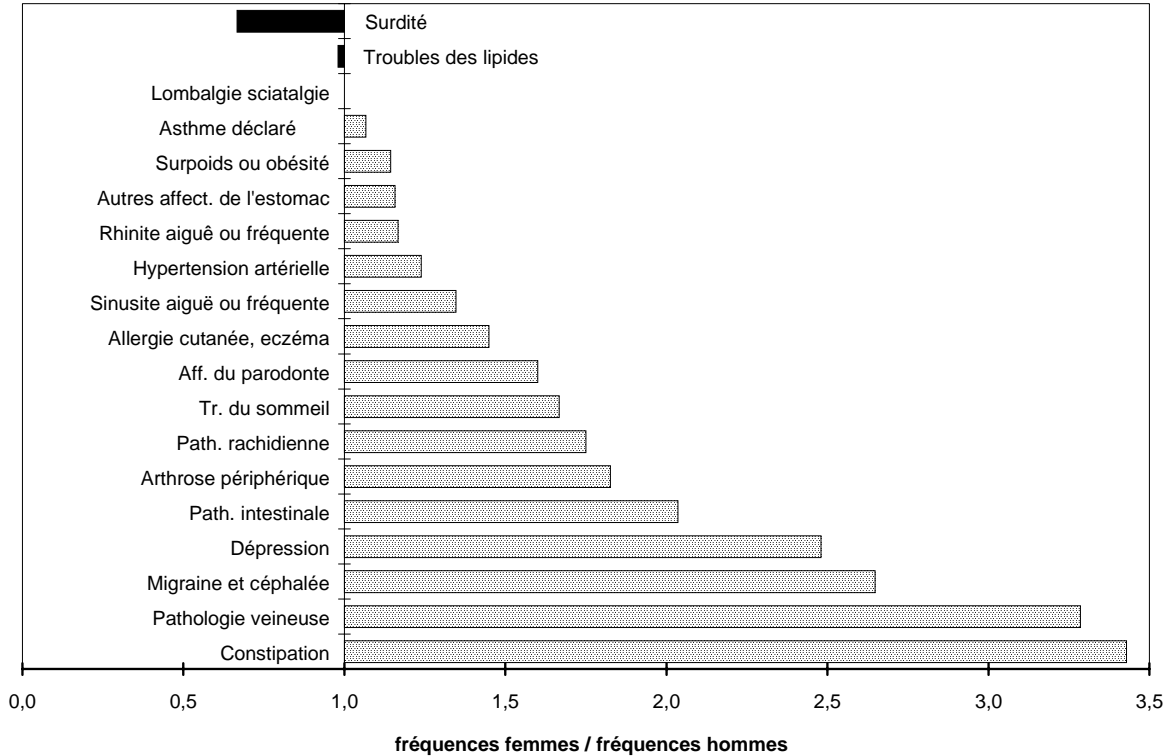
<sup>32</sup> *Le surpoids ou l'ob siti  sont soit déclarés spontanément, soit établis à partir du poids et de la taille déclarés dans le questionnaire santé à l'aide de la table de poids idéal de la Metropolitan Life Insurance Company. Le fait de rajouter par calcul un certain nombre d'ob siti s ou de surpoids, peut entraîner une surreprésentation relative de cette affection par rapport aux autres affections relevées dans l'enquête. A noter par ailleurs qu'il s'agit de données déclaratives, et que les enquêtés n'ont certainement pas tous fourni des valeurs très précises de leur poids et de leur taille. L'attraction pour les nombres ronds corrobore cette hypothèse. Il est probable par ailleurs que la taille soit surestimée et que le poids soit sous-estimé. On peut donc penser que le taux de personnes en surpoids ou obèses n'est pas surestimé. Rappelons que le surpoids ou l'ob siti  ne sont calculés que pour les enquêtés de 18 ans et plus.*

### Graphique 21

#### Rapport des taux de prévalence des affections des femmes sur ceux des hommes parmi les 16 troubles de santé les plus fréquemment rencontrés

(lecture : la constipation est 3,4 fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes,  
la surdité est moins fréquente de 33 % chez les femmes que chez les hommes)

France 1998



CREDES-ESPS 1998

#### La morbidité diffère selon l'âge des individus (Cf. Graphique 22 et Rapport annexe Tableau 27).

Les affections dentaires et les troubles de la vue sont à tous les âges les affections les plus fréquentes.

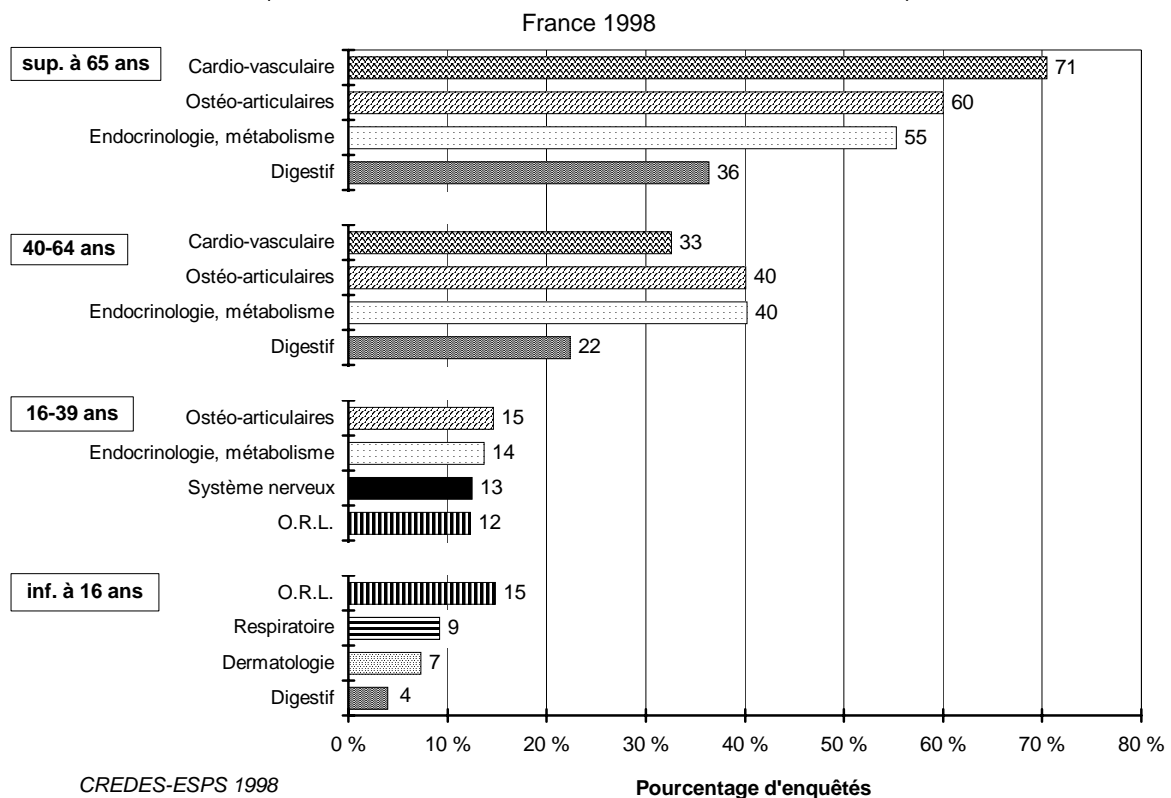
- Chez les enfants, les pathologies ORL sont particulièrement fréquentes puisqu'elles affectent 15 % des moins de 16 ans (essentiellement des rhinites, des otites et moins souvent des angines). A cet âge, on relève également un grand nombre d'affections de l'appareil respiratoire et de problèmes dermatologiques qui concernent respectivement plus de 9 % et plus de 7 % des enfants. Parmi ces affections l'asthme déclaré<sup>33</sup> touche plus de 6 % des enfants et les allergies cutanées et l'eczéma plus de 4 %.
- Chez les adultes jeunes de 16 à 39 ans, les affections sont plus dispersées : 15 % d'entre eux présentent des affections ostéo-articulaires, 14 % des affections endocriniennes ou métaboliques, 13 % des troubles du système nerveux. Les troubles ORL concernent 12 % des enquêtés de cet âge, les affections dermatologiques, 12 % également et les troubles digestifs, 11 %. A un niveau plus détaillé, les maladies et troubles les plus fréquents sont les migraines ou céphalées qui concernent 12 % des adultes jeunes, les sciatiques et autres lombalgies, 8 %, les

<sup>33</sup> Dans le questionnaire santé de 1998, un questionnement spécifique sur l'asthme a été posé à l'ensemble des enquêtés. Son but était essentiellement de chercher à mieux appréhender la déclaration de l'asthme, maladie évoluant par épisodes parfois très éloignés dans le temps, et que les patients peuvent donc omettre de déclarer. Le second objectif était de tenter de classer les asthmes selon leur degré de gravité. La publication d'un rapport CREDES sur ce thème est prévu dans le courant de l'année 2000.

troubles d'origine veineuse, l'asthme, les divers symptômes gastriques, l'acné, les eczéma et autres allergies cutanées qui concernent chacun de 4 à 5 % de ces personnes. Le surpoids et l'obésité concerne déjà 13 % des adultes de 18 à 39 ans.

- 40 % des adultes de 40 à 64 ans présentent au moins une affection endocrinienne ou métabolique, 40 % au moins une affection ostéo-articulaire, 33 % souffrent de maladies cardiovasculaires, 22 % de troubles digestifs. Plus de 18 % de ces personnes déclarent présenter une affection de l'appareil génito-urinaire, 18 % des troubles mentaux ou du sommeil et 18 % également des troubles de la sphère ORL. Parmi ces affections, citons, le surpoids ou l'obésité qui concerne 30 % de ces adultes, les pathologies veineuses, 18 % et les sciatiques ou lombalgies, 18 % également. 15 % de ces personnes de 40 à 64 ans déclarent une hypertension artérielle, 14 % des migraines ou céphalées et 11 % se plaignent d'arthrose rachidienne ou de dégénérescence discale.
- Enfin, chez les personnes de 65 ans et plus, prédominent de façon très nette les maladies cardiovasculaires qui touchent plus de 70 % des personnes âgées, les affections ostéo-articulaires, 60 % et les troubles endocriniens ou du métabolisme, 55 %. A un niveau plus fin, on constate que certaines des affections sont particulièrement fréquentes comme l'hypertension artérielle qui concerne 43 % de ces sujets et les troubles veineux, 30 %. Le surpoids ou l'obésité atteint presque 36 % des personnes de plus de 64 ans et les troubles des lipides presque le quart d'entre elles. A cet âge, parmi les affections ostéoarticulaires, plus des deux tiers sont déclarées sous le nom d'arthroses qu'elles soient périphériques ou lombaires. A noter chez ces personnes, l'importance de la surdité qui concerne pratiquement le quart d'entre elles et la fréquence de troubles du sommeil qui touchent 15 % de ces personnes.

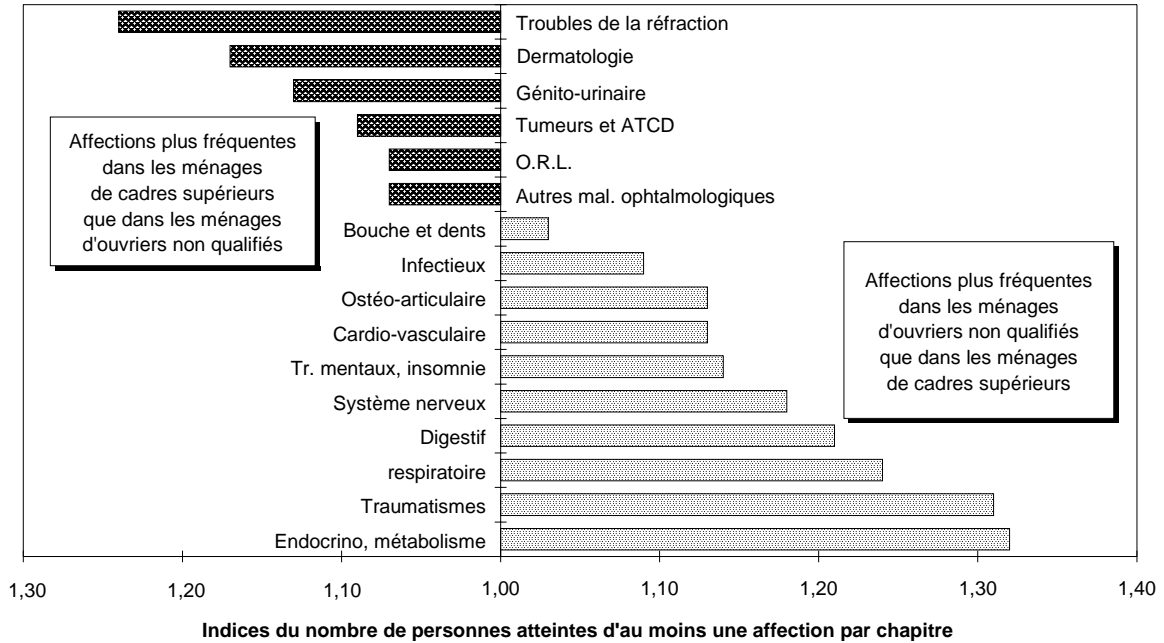
**Graphique 22**  
**Taux de personnes atteintes d'au moins une affection**  
**pour les quatre groupes de maladies les plus fréquents de chaque tranche d'âge**  
*(en dehors des affections dentaires et des troubles de la vue)*



**La morbidité déclarée diffère également selon le milieu social.**

- Les personnes vivant dans des ménages d'exploitant agricole présentent une morbidité particulière. Etant relativement âgées (âge moyen 49 ans), elles déclarent une morbidité relativement importante pour pratiquement tous les groupes d'affections, et plus particulièrement pour les maladies cardiovasculaires (en particulier l'hypertension artérielle), les problèmes endocriniens ou métaboliques (notamment surpoids et obésité), celles de l'œil (hors troubles de la réfraction), les problèmes dentaires et les affections ostéo-articulaires (tout particulièrement les arthroses). Par contre, à âge et sexe comparable (*Cf. Glossaire*), ces personnes sont moins souvent atteintes que la moyenne des enquêtés pour la plupart des groupes d'affections, à l'exception notable des problèmes dentaires.
- Les personnes vivant dans un ménage d'artisan-commerçant ont un âge moyen de 41 ans, plus faible que celui des agriculteurs mais plus élevé que celui des autres ménages. Ils présentent une pathologie cardiovasculaire et ostéo-articulaire relativement élevée. A âge et sexe comparable, ces ménages d'artisan-commerçant se caractérisent par une morbidité toujours plus faible que la moyenne, sauf pour les affections respiratoires dont la prévalence est moyenne.
- Les personnes vivant dans les ménages d'ouvrier non qualifié se distinguent très sensiblement des autres personnes. Elles sont relativement jeunes et déclarent pourtant une morbidité plus élevée que la moyenne pour certains groupes pathologiques. A âge et sexe comparable, elles sont les plus nombreuses à déclarer au moins un traumatisme, indice 1,42, une affection endocrinienne ou métabolique, indice 1,27 (forte proportion de surpoids ou d'obésité), une affection pulmonaire, indice 1,23, et un trouble digestif, indice 1,18. Elles sont également plus nombreuses que la moyenne à déclarer des maladies infectieuses et des troubles du système nerveux central. Par contre, ces personnes se déclarent moins souvent atteintes d'affections dermatologiques, de troubles de l'appareil génito-urinaire, de troubles de la réfraction et d'autres maladies de l'œil, d'antécédents de tumeurs ou de tumeurs, et d'affections ORL (*Cf. Rapport annexe Tableau 28*).
- Dans les ménages de cadre supérieur les personnes déclarent moins souvent, tant en valeur qu'en indice, présenter une affection pour un grand nombre de groupes pathologiques. Font exception les troubles de la réfraction (indice 1,35), les maladies de l'appareil génito-urinaire (indice 1,17), les affections dermatologiques (indice 1,16), les tumeurs et antécédents de tumeurs (indice 1,15).

**Graphique 23**  
**Indices à âge et sexe comparable du nombre de personnes vivant dans un milieu d'ouvriers non qualifiés et dans un milieu de cadres, et atteints d'au moins une affection par grand groupe de pathologie**  
France 1998  
(base 1 = cadres supérieurs + ouvriers non qualifiés)



\* Seules sont représentées les affections dont les indices sont supérieurs à 1 chez les cadres et supérieurs à 1 chez les ouvriers

CREDES-ESPS 1998

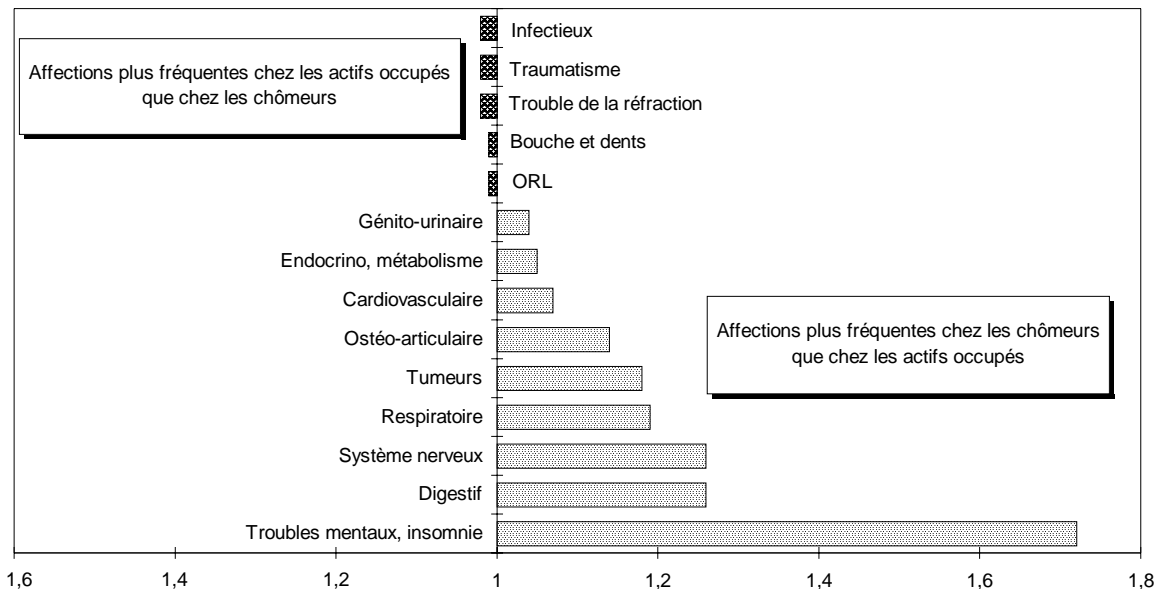
- Chez les personnes exerçant une profession intermédiaire, la déclaration des maladies est proche de la moyenne pour la plupart des groupes pathologiques, tant en valeur qu'en indice. Toutefois, les problèmes dermatologiques sont plus fréquents (indice 1,27), tout comme les déclarations de tumeurs ou d'antécédents de tumeurs, les troubles de la réfraction, les autres affections de l'œil et les maladies des organes génito-urinaires.
- Les personnes vivant dans les ménages d'employé déclarent beaucoup plus souvent que le reste de la population être atteinte de maladies infectieuses (indice 1,37), de troubles mentaux ou du sommeil (indice 1,25). La fréquence des autres affections est souvent un peu plus élevée que la moyenne.
- Enfin, les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier qualifié, déclarent très peu de maladies de l'appareil génito-urinaire, de troubles de la réfraction, de maladies infectieuses et d'affections dermatologiques. Par contre, elles présentent plus de troubles endocriniens ou métaboliques que la moyenne, indice 1,14, et plus d'affections du système nerveux central.

### Un état de santé moins bon chez les chômeurs

Les maladies déclarées par les chômeurs et les actifs ayant un emploi diffèrent, tant en valeur qu'en indice, de manière importante. Les chômeurs souffrent moins souvent de troubles de la vue, de maladies infectieuses et de traumatismes. A l'opposé, ils sont très nombreux à déclarer des troubles mentaux ou du sommeil (indice 1,72), mais aussi des affections du système nerveux et des troubles digestifs (indices 1,26). Les maladies de l'appareil respiratoire, les déclarations de tumeurs ou d'antécédents de tumeurs et les affections ostéo-articulaires sont également plus fréquentes chez les chômeurs (Cf. Rapport annexe Tableau 29).

A un niveau plus détaillé, on constate que les chômeurs déclarent deux fois plus souvent souffrir de dépression que les actifs occupés, respectivement 8 % et 4 % des enquêtés. Ils présentent également 2 fois plus de troubles anxieux. Toujours par rapport aux actifs occupés, ils déclarent 60 % de troubles de l'estomac de plus, 33 % de migraines ou céphalées et 26 % de troubles intestinaux supplémentaires. Les données disponibles ne permettent pas de préciser si ces troubles sont à l'origine ou sont la conséquence du chômage. En tout état de cause, on peut facilement imaginer qu'une partie de ces troubles, à composante plus ou moins psychosomatique, peut en être la conséquence. Par contre, ce n'est pas le cas des troubles de l'audition qui, à âge et sexe comparable, concerne 1,5 fois plus souvent les chômeurs que les actifs occupés. Cette déficience peut donc être considérée comme un facteur de risque du chômage. Bien que les effectifs soient parfois faibles, d'autres maladies, particulièrement fréquentes chez les chômeurs, pourraient être également considérées comme susceptibles de favoriser une perte d'emploi. Citons, l'hypertension artérielle, le diabète, les cardiopathies ischémiques et les arthroses périphériques.

**Graphique 24**  
**Indices à âge et sexe comparable du taux de chômeurs et d'actifs occupés**  
**atteints d'au moins une affection dans les grands groupes pathologiques\***  
 (base 1 = chômeurs + actifs occupés)  
 France 1998



Indices à âge et sexe comparable du nombre de personnes atteintes d'au moins une affection par chapitre

\* Seules sont représentées les affections dont les indices sont supérieurs à 1 chez les chômeurs et supérieurs à 1 chez les actifs occupés.

CREDES-ESPS 1998

## Une morbidité différente selon le type de couverture sociale

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

- Il existe ainsi d'importantes différences entre la morbidité déclarée par les personnes bénéficiant de l'Aide Médicale Généralisée et les autres. Les personnes disposant de l'AMG sont très souvent atteintes de maladies pulmonaires, de troubles mentaux ou du sommeil, de troubles digestifs, de maladies infectieuses, d'affections endocriniennes ou métaboliques, et de troubles du système nerveux. Par contre, elles déclarent très peu de troubles de la réfraction, d'affections des organes génito-urinaires et de troubles dermatologiques (*Cf. Rapport annexe Tableau 30*).
- Les différences sont également importantes entre la morbidité relevée chez les personnes affiliées au Régime général, à la CANAM et à la MSA. Les personnes affiliées à la MSA ont globalement le niveau de morbidité le plus élevé ; elles déclarent plus souvent être atteintes d'affections dans presque tous les groupes de maladies, sauf les affections ORL, les maladies infectieuses, les affections dermatologiques, les troubles du système nerveux et ceux de la réfraction. Ce niveau élevé de morbidité s'explique essentiellement par l'âge élevé de cette population. Après ajustement sur l'âge et le sexe, les personnes couvertes par la MSA déclarent moins d'affections que la moyenne<sup>34</sup> pour tous les groupes de pathologies, sauf pour les problèmes dentaires (indice 1,31) et les affections ostéo-articulaires (indice 1,06).

Les personnes affiliées à la CANAM, qui ont une morbidité soit moyenne, soit relativement plus élevée pour certaines affections, ont à âge et sexe comparable, pour pratiquement tous les groupes d'affections, un niveau de morbidité très peu élevé (*Cf. Rapport annexe Tableau 31*).

- Quant aux personnes non couvertes par une complémentaire maladie, elles se déclarent, à âge et sexe comparable, moins souvent atteintes d'affections dans la plupart des groupes pathologiques, sauf pour les maladies infectieuses, les affections pulmonaires, les troubles neurologiques et dans une moindre mesure les troubles mentaux et du sommeil.

### 2.1.3. Ces troubles de santé sont-ils traités ?

Lors de la déclaration des maladies par la personne enquêtée, il lui est demandé si les affections qu'elle déclare ont donné lieu, ou non, à un traitement au cours de l'année précédant l'enquête. Toutefois, certains groupes d'affections ne se prêtent pas à cette interrogation, car un grand nombre d'entre elles sont « récupérées » lors du chiffrage médical et la question n'est donc pas posée<sup>35</sup>. Les affections « récupérées » sont essentiellement des troubles de la vue, des problèmes dentaires et certaines affections endocriniennes telles que le surpoids ou l'obésité.

La quasi totalité des maladies déclarées spontanément ont donné lieu dans 79 à 90 % des cas à un traitement au cours de l'année précédant l'enquête. C'est le cas par exemple de 90 % des maladies de l'appareil respiratoire, de 86 % des maladies de l'appareil circulatoire et de 80 % des tumeurs. Le relatif faible nombre de maladies n'ayant pas donné lieu à un traitement dans l'année laisse supposer que le nombre d'affections déclarées est inférieur au nombre effectif de maladies ou de troubles que présentent les enquêtés. A partir d'un certain âge, toutes ou presque toutes les personnes présentent certaines affections telles que, par exemple les arthroses qui sont donc probablement beaucoup plus fréquentes que ce que l'on relève.

---

<sup>34</sup> Ce meilleur état de santé à âge et sexe comparable est théorique. Seul l'état de santé réel compte pour la prise en charge financière par les caisses de Sécurité sociale.

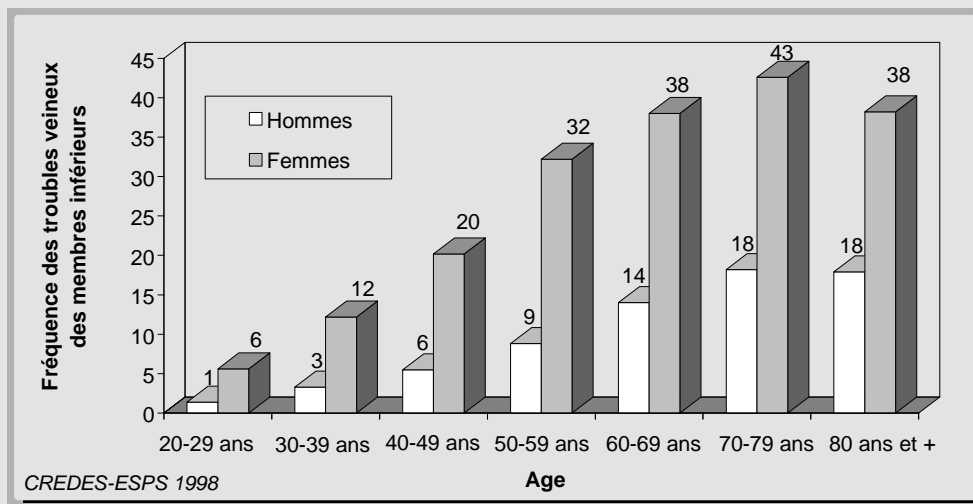
<sup>35</sup> Au total ce sont 44 % des affections qui sont « récupérées » d'une manière ou d'une autre. Parmi celles-ci 43 % sont des problèmes dentaires, 17 % des troubles de la vue et 11 % des surpoids ou obésité.

### Presque le tiers des enquêtés de 65 ans et plus se plaignent de troubles veineux des membres inférieurs

14 % des personnes de 16 ans ou plus se plaignent ou ont déjà été opérées de troubles veineux des membres inférieurs. 39 % des affections relevées sont des varices, 28 % des antécédents d'intervention chirurgicale pour varices et 26 % des symptômes de type jambes lourdes ou fatiguées. Les autres affections sont plus sévères comme les ulcères variqueux ou antécédents de phlébite.

Ce type d'affection est beaucoup plus fréquent chez les femmes, puisque 20 % des femmes adultes sont concernées, contre moins de 7 % des hommes. La fréquence de ces troubles augmente de manière importante avec l'âge passant de 5 % des adultes de 16 à 39 ans à 30 % des personnes de 65 ans et plus.

**Graphique 25**  
**Fréquence des troubles veineux des membres inférieurs selon l'âge et le sexe**  
France 1998



La fréquence de ces troubles diffère selon le milieu social. A âge et sexe comparable, ce sont les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers qualifiés qui présentent le plus souvent ces troubles (indice près de 1,10) et celles vivant dans des ménages de cadres qui en sont le moins atteints (indice 0,81). Par contre, si la fréquence observée de ces affections est très élevée dans les milieux d'agriculteurs et d'artisans-commerçants, elle s'explique uniquement par l'âge plus élevé de ces personnes.

Ces troubles sont nettement moins fréquents, tant en valeur qu'en indice, dans les ménages dont les revenus par unité de consommation sont inférieurs à 3000 francs. A l'opposé, à âge et sexe comparable, c'est dans les ménages dont les revenus sont compris entre 3000 et 6000 francs que ces affections sont les plus fréquentes ; les indices baissent ensuite avec l'augmentation du revenu par unité de consommation.

Les personnes exonérées du ticket modérateur sont presque deux fois plus souvent atteintes que les personnes non exonérées, mais une grande partie de cette différence est liée à l'âge élevé des personnes exonérées. Les troubles veineux des membres inférieurs sont plus fréquemment relevés chez les personnes disposant d'une couverture complémentaire maladie, et ce aussi bien chez les personnes exonérées que chez les non exonérées. Il est probable qu'une partie de cette différence s'explique par une moindre consommation de phlébotoniques des personnes sans couverture complémentaire et/ou une moindre consommation de soins de médecins, ce qui ne permet pas aux médecins chargés du chiffrage de « récupérer », à l'occasion de ces consommations, cette pathologie veineuse éventuellement omise lors de la déclaration initiale des maladies<sup>36</sup>.

Au total, les troubles veineux des membres inférieurs, qui sont après les troubles de la réfraction et le surpoids ou l'obésité les affections les plus souvent relevées dans l'enquête SPS, concernent souvent des personnes âgées et des personnes aux revenus moyens. Ils sont probablement largement sous-évalués, car n'entraînant pas toujours de manifestations cliniques continues.

<sup>36</sup> Le chiffrage des maladies est réalisé par des médecins ou étudiants en instance de thèse ou de spécialisation. Les maladies sont normalement déclarées spontanément par les enquêtés eux-mêmes. Les médecins chiffrageurs sont chargés d'une part, de vérifier que les maladies sont déclarées de manière suffisamment précise pour permettre leur chiffrage, d'autre part de récupérer d'éventuelles affections omises lors de la déclaration initiale des maladies ; cette récupération se fait notamment au vu des consommations médicales des enquêtés.



**2.1.4. 41 % des personnes de 65 ans et plus ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents**

25 % des enquêtés déclarent avoir toutes leurs dents intactes et en bon état : 74 % des enfants, mais seulement 3 % des personnes de 65 ans et plus (Cf. Graphique 26 et Rapport annexe Tableau 34). La moitié des enquêtés déclarent avoir toutes leurs dents dont certaines ont du être traitées ; cet état concerne 25 % des enfants, les 2/3 des adultes de 16-39 ans, 55 % des 40-64 ans et 29 % des personnes de 65 ans et plus.

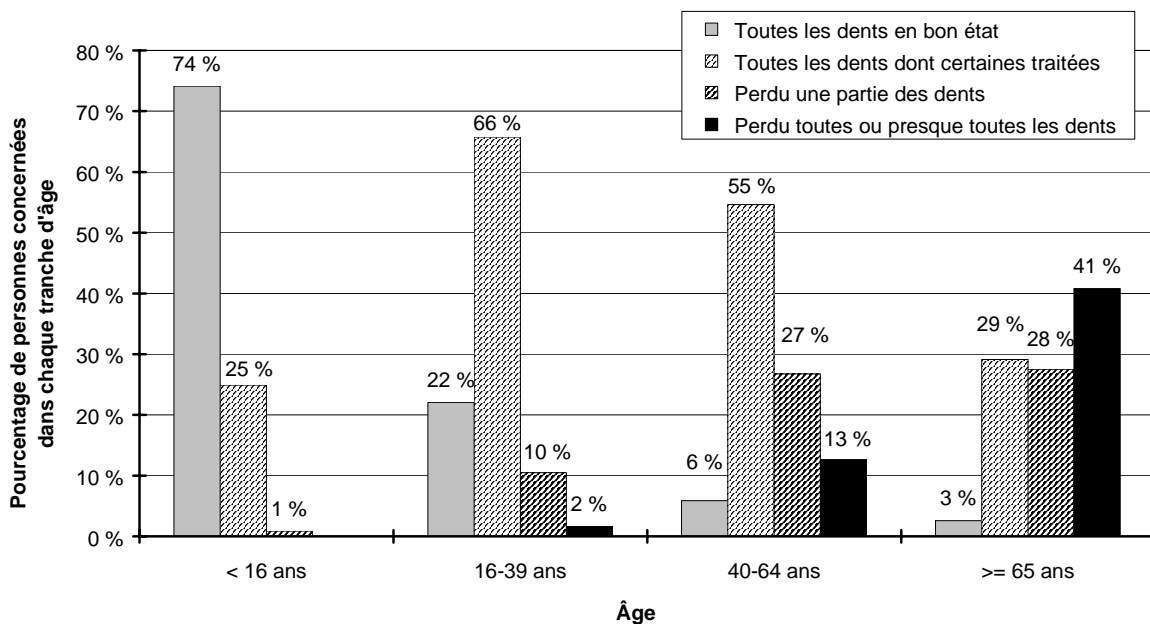
10 % des 16-39 ans ont déjà perdu une partie de leurs dents tout comme 27 à 28 % des 40-64 ans et des 65 ans et plus. Enfin, 9 % des enquêtés ont perdu toutes ou presque toutes leurs dents. Si cet état ne concerne que 2 % des enquêtés entre 16 et 39 ans, il affecte 41 % des personnes de 65 ans et plus.

Le tiers des enquêtés de plus de 15 ans déclare avoir une prothèse dentaire fixe de type couronne ou bridge : 27 % des 16-39 ans, 43 % des 40-64 ans et 30 % des 65 ans et plus. Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes, 36 % des femmes de plus de 15 ans et 30 % des hommes.

Le port d'une prothèse dentaire amovible, type dentier, concerne 18 % des adultes de plus de 15 ans. Ils sont moins de 3 % dans ce cas entre 16 et 39 ans, 21 % entre 40 et 64 ans et 54 % au-delà de cet âge. Les femmes adultes sont un peu plus souvent appareillées que les hommes 19 % et 16 %.

On notera qu'à âge et sexe comparable, les personnes qui vivent dans des ménages de cadre supérieur et de cadre moyen sont plus souvent appareillées avec des prothèses fixes de type couronnes ou bridges que les autres personnes enquêtées. A l'inverse, les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier qualifié ou non qualifié et dans des ménages d'agriculteur sont plus souvent appareillées avec une prothèse amovible, de type dentier. Ceci est à mettre en relation avec un recours beaucoup plus faible de ces personnes au chirurgien-dentiste, et donc à une prévention bucco-dentaire moins importante conduisant plus souvent à un délabrement dentaire tel, qu'une pose de prothèse fixe ne peut plus être envisagée.

**Graphique 26**  
**L'état dentaire selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### **2.1.5. Presque le quart des personnes de 65 ans et plus ont des difficultés à se déplacer et plus de 12 % des difficultés à faire leur toilette**

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

5 % des enquêtés vivant dans des ménages ordinaires déclarent avoir des difficultés à se déplacer, (4,3 % des hommes et 5,7 % des femmes). Ces difficultés concernent 1,4 % des personnes de 16 à 39 ans, 5,3 % de celles de 40 à 64 ans et plus de 24 % des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes qui se déplacent avec difficultés, 73 % n'ont besoin d'aucune aide mais ressentent certaines limitations et 18 % se déplacent avec une canne. Les autres personnes (9 %) sont très handicapées puisqu'elles ne peuvent se déplacer qu'avec l'aide d'une autre personne ou ne se lèvent pas ou à peine de leur lit.

2,2 % des enquêtés déclarent avoir des difficultés à faire leur toilette, 1,7 % des hommes et 2,7 % des femmes. Ils sont moins de 2 % parmi les 40-64 ans, mais plus de 12 % chez les 65 ans et plus. Parmi les adultes handicapés pour faire leur toilette, presque les 2/3 réussissent à la faire seuls, mais 36 % ont besoin de l'aide d'une autre personne.

Ces types de handicaps sont influencés par le milieu social des enquêtés ; en effet, à âge et sexe comparable, les personnes vivant dans un milieu d'ouvriers non qualifiés, d'employés sont celles qui présentent le plus fréquemment des difficultés à la marche comme pour la toilette. A noter, mais dans une moindre mesure les agriculteurs pour leurs difficultés à la marche et les artisans commerçant pour leur difficulté à réaliser leur toilette.

### **2.1.6. 44 % des hommes et 53 % des femmes portent des lunettes**

Le port de lunettes ou de lentilles concerne 49 % des enquêtés. Naturellement, le port de lunettes augmente avec l'âge, passant de 17 % pour les moins de 16 ans à 37 % pour les 16-39 ans, 70 % pour les 40-64 ans et 87 % pour les 65 ans et plus.

Le port de lunettes ou de lentilles est beaucoup plus fréquent dans les ménages de cadre supérieur, 58 %, que dans les ménages d'ouvrier non qualifié où il concerne 39 % des personnes. A âge et sexe comparable, l'écart est encore plus marqué, indice 1,32 et 0,75.

Les affections les plus fréquentes sont la myopie et la presbytie qui concernent respectivement 22 et 20 % de la population. La myopie touche 25 % des femmes et 18 % des hommes et la presbytie 21 % des femmes et 19 % des hommes. L'astigmatisme comme l'hypermétropie sont moins fréquents.

### **2.1.7. A peine plus de 5 % des personnes de 65 ans et plus portent une prothèse auditive**

1 % des enquêtés déclarent porter une prothèse auditive. Ils sont 0,4 % jusqu'à 64 ans, mais 5,3 % au-delà de cet âge, soit 6% des hommes et 4,5 % des femmes. Contrairement à ce que l'on observe pour le port de lunettes, peu de personnes qui se plaignent de surdité sont appareillées. En effet, au-delà de 64 ans, presque le quart des personnes présentent une surdité plus ou moins importante.

## **2.2. Les indicateurs de morbidité**

Il s'agit d'une synthèse du dossier de chaque enquêté, effectuée en fin de chiffrage par des médecins chiffreurs chargés de la codification médicale. Cette synthèse, réalisée uniquement à partir des éléments déclarés par l'enquêté sur les différents questionnaires, comporte deux dimensions, l'invalidité et le risque vital. Pour établir cette synthèse, le médecin codificateur prend en compte tous les éléments susceptibles d'influer sur l'état de santé, bien entendu les diverses pathologies, mais aussi les types de traitements, les antécédents chirurgicaux, l'obésité, la notion de tabagisme... (Cf. *Annexe § C3*).

### **2.2.1. L'invalidité**

56 % des personnes ne sont pas ou peu gênées par leur état de santé, le quart sont gênées mais mènent une vie normale ; par contre, 14 % des enquêtés doivent, du fait d'un état de santé médiocre, diminuer leurs activités. Enfin, 5,6 % de la population a une activité très ralentie ou pas d'activité du tout du fait de la maladie<sup>37</sup>.

Les hommes sont moins souvent invalides que les femmes : 41 % d'entre eux ne sont pas gênés ou le sont de manière infime, ce qui n'est le cas que du tiers des femmes (Cf. *Rapport annexe Tableau 35*).

L'invalidité croît en fonction de l'âge : les personnes qui ne sont pas gênées, ou qui le sont de manière infime, représentent 77 % des enfants de moins de 16 ans et à peine 1 % des personnes de 80 ans et plus. A l'autre extrême, les personnes n'ayant aucune activité domestique ou une activité très ralentie représentent 52 % des personnes de 80 ans et plus contre 0,6 % des enfants de moins de 16 ans (Cf. *Graphique 27 et Rapport annexe Tableau 37*).

Avec l'échelle retenue par référence aux pensions d'invalidité de l'Assurance maladie<sup>38</sup>, l'invalidité moyenne des enquêtés s'établit à 11,1<sup>39</sup>. Les hommes sont en moyenne un peu moins invalides que les femmes (respectivement 10,6 et 11,6). Comme ils sont en moyenne plus jeunes que les femmes, en redressant par âge, l'écart diminue, l'indice redressé est de 0,98 pour les hommes et de 1,02 pour les femmes.

### **2.2.2. Le pronostic vital**

4,7 % des personnes ont un pronostic vital mauvais ou probablement mauvais et 14 % ont un risque possible sur le plan vital. A l'opposé, 51 % des enquêtés n'ont aucun indice de risque vital ou ont un pronostic péjoratif très faible (Cf. *Rapport annexe Tableau 36*).

De manière parallèle à l'invalidité, le pronostic vital se détériore avec l'âge de sorte que 41 % des personnes de 80 ans et plus ont un pronostic vital mauvais ou probablement mauvais (Cf. *Graphique 28 et Rapport annexe Tableau 38*).

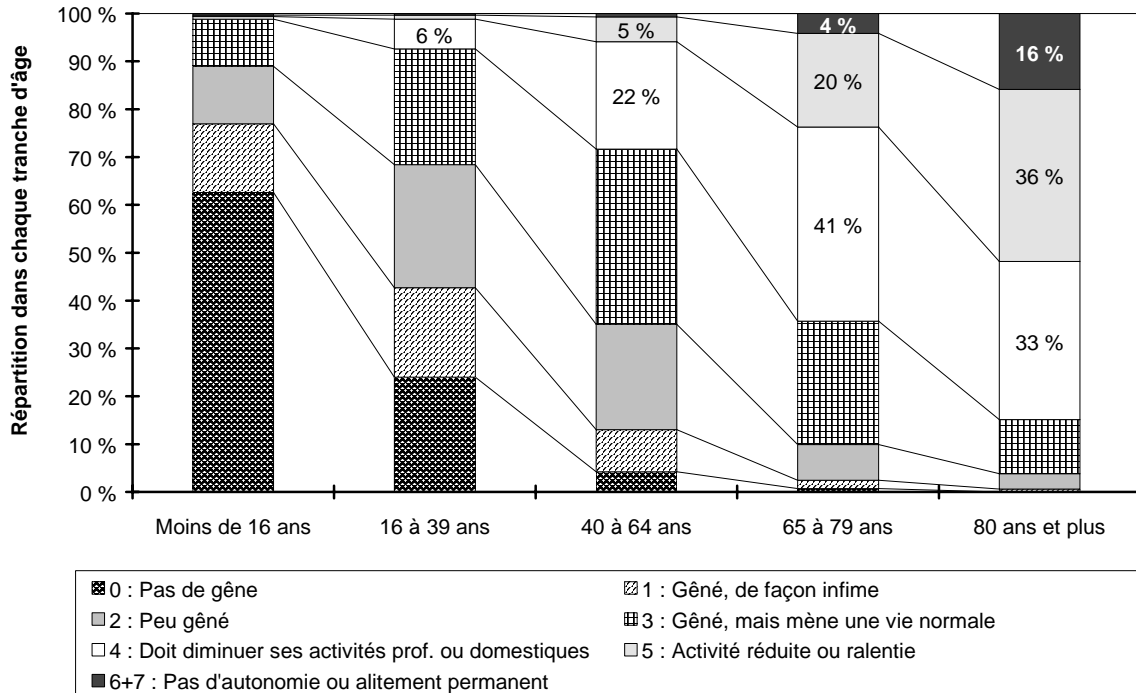
---

<sup>37</sup> Par rapport à l'état de santé de l'ensemble de la population vivant en France, cette estimation est sous-évaluée d'une part car l'enquête n'est pas réalisée dans les institutions pour personnes âgées, d'autre part parce que les ménages dont l'un des membres est gravement malade ont naturellement plus de difficultés, matérielles et psychologiques, à participer à l'enquête.

<sup>38</sup> Cf. *Annexe C4*.

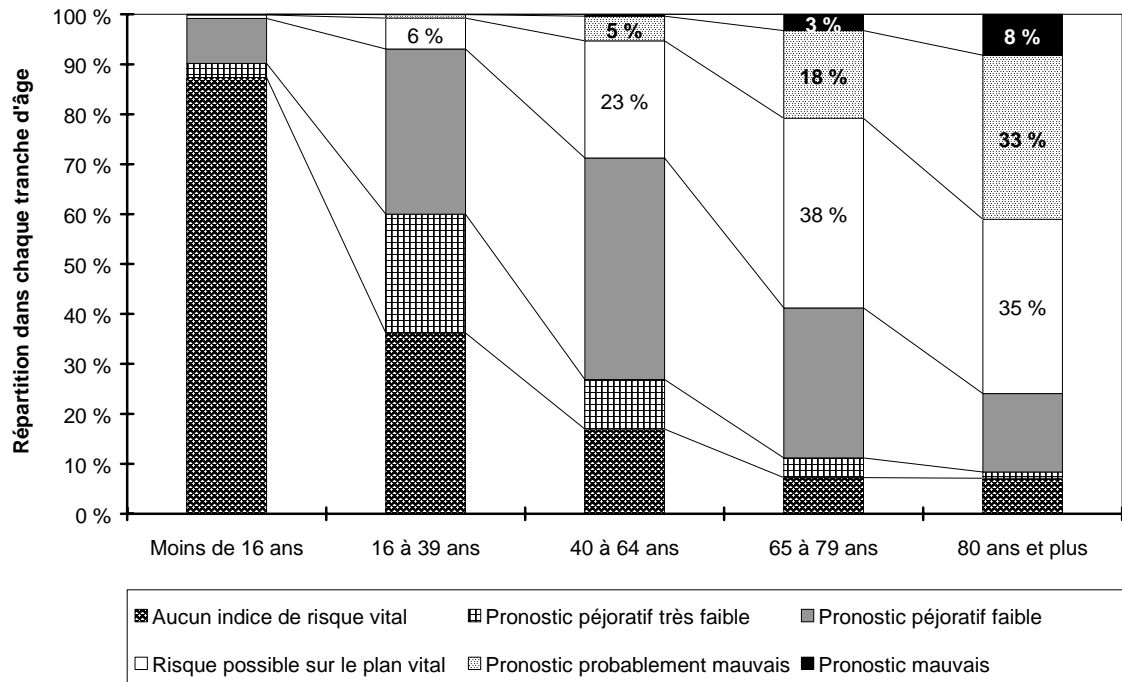
<sup>39</sup> L'échelle pour le calcul de l'invalidité moyenne va de 0 (aucune invalidité) à 95 (état grabataire).

**Graphique 27**  
**Invalité selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 28**  
**Pronostic vital selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

Avec une échelle similaire à celle de l'invalidité, le pronostic moyen est proche pour les deux sexes (10,6 pour les hommes et 10,3 pour les femmes). Cependant, comme les hommes sont plus jeunes en moyenne, leur indice de pronostic redressé par âge est de 1,05 alors que celui des femmes est de 0,96. Bien que cette différence soit faible, elle est constante depuis 7 ans, et semble donc traduire un pronostic vital légèrement meilleur, à âge égal, pour les femmes que pour les hommes, ce qui est à rapprocher de leur espérance de vie plus longue.

### **2.2.3. Chômeurs, rmistes et personnes sans couverture complémentaire présentent un niveau de morbidité en moyenne plus grave**

Outre l'âge et le sexe, les indicateurs d'état de santé (établis par des médecins chiffreurs à partir de la déclaration des maladies par les enquêtés), varient de manière importante avec les variables économiques et sociales (Cf. *Rapport annexe Tableau 39*).

Ainsi, l'état de santé des chômeurs est moins bon que celui des actifs occupés. En effet, le risque vital moyen est de 11,8 pour les chômeurs et de 10,1 pour les actifs occupés. L'invalidité est respectivement de 11,8 et 9,4. Les chômeurs étant en moyenne plus jeunes que les actifs, les écarts à âge égal sont encore plus élevés, indices respectifs 1,19 et 0,94 pour le risque vital et indices de 1,19 et 0,90 pour l'invalidité.

L'état de santé des femmes au foyer est moins bon que celui de l'ensemble des femmes. Toutefois les femmes au foyer étant en moyenne plus âgées, le redressement par âge conduit à des indices de risque vital et d'invalidité variant autour de la moyenne.

Les "autres inactifs" (45 ans en moyenne), dont la plupart le sont pour raison de santé, ont un état de santé très détérioré ; à âge et sexe comparable, le niveau de cette détérioration est encore plus marqué, risque vital moyen multiplié par 2 et invalidité par 3.

Les personnes vivant dans des ménages d'ouvrier non qualifié ont un risque vital proche de la moyenne et une invalidité à peine plus élevée. Toutefois, ces personnes sont jeunes, ce qui conduit, à âge et sexe comparable, à observer des indices de 1,10 pour le risque vital et de 1,13 pour l'invalidité. Ces indices, traduisant une certaine détérioration de l'état de santé, sont les plus élevés quel que soit le milieu social étudié. Les employés et les ouvriers qualifiés ont également un moins bon état de santé que la moyenne mais de manière moins marquée. A l'opposé, les membres des ménages de cadre supérieur, dont l'âge est plus élevé, ont, en valeur, l'invalidité la plus faible et un pronostic vital parmi les plus faibles ; en indice, l'invalidité et le risque vital sont les plus faibles.

Les personnes vivant dans les ménages d'agriculteur, sont en moyenne les plus âgées. Elles ont un risque vital moyen et une invalidité moyenne très élevés, traduisant donc un mauvais état de santé. Celui-ci est presque exclusivement dû à leur âge puisque les indices à âge et sexe comparable sont inférieurs ou voisins de la moyenne. Les artisans-commerçants présentent un pronostic vital et une invalidité supérieurs à la moyenne. Toutefois, si l'on tient compte de leur âge, plus élevé que celui des salariés, leurs indices se situent à des niveaux relativement faibles.

La morbidité des personnes vivant du RMI (âge moyen = 25,5 ans) présente un profil tout à fait particulier : la valeur peu élevée de leur risque vital (8,8) et de leur invalidité (9,1) résulte pour l'essentiel de leur âge moins élevé, puisque leur indice redressé par âge et sexe est très nettement supérieur à la moyenne (respectivement 1,36 et 1,32). On peut donc dire que malgré un état de santé qui semble apparemment satisfaisant, ils ont un moins bon état de santé que le reste de la population au même âge.

Le niveau élevé du risque vital (30 et indice 1,82) et de l'invalidité (33,2 et indice 1,84) des personnes exonérées du ticket modérateur, résulte naturellement de la composition de ce groupe comportant pour l'essentiel les malades atteints d'affection de longue durée. De même, on peut penser qu'une partie au moins des personnes couvertes par l'Aide médicale en bénéficient du fait

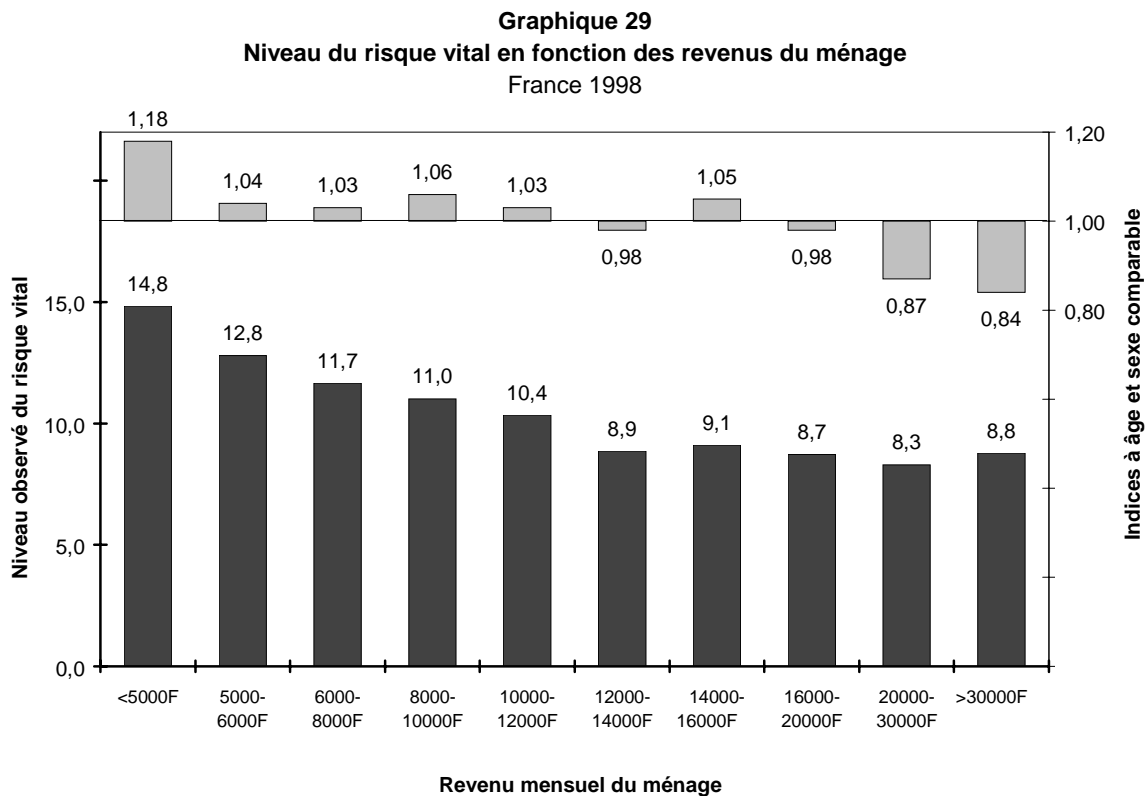
d'un état de santé défaillant, leur indice de morbidité redressé par âge et sexe étant en effet également très élevé, 1,46 pour le risque vital et 1,43 pour l'invalidité.

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

Les personnes protégées par la MSA (47,1 ans) sont celles qui présentent le plus mauvais état de santé, 14,9 pour le risque vital et 17,1 pour l'invalidité. Cependant puisque ce sont en moyenne les personnes les plus âgées, le redressement par âge et sexe leur attribue des indices voisins de la moyenne. Les personnes bénéficiaires de la CANAM (45,2 ans) sont également plus âgées que celles protégées par le Régime général (34,3 ans). Leur risque vital et leur invalidité sont relativement élevés, 13,4 et 13,2, mais après redressement par âge et sexe, ils sont nettement plus faibles que la moyenne, 0,93 pour le risque vital et 0,87 pour l'invalidité.

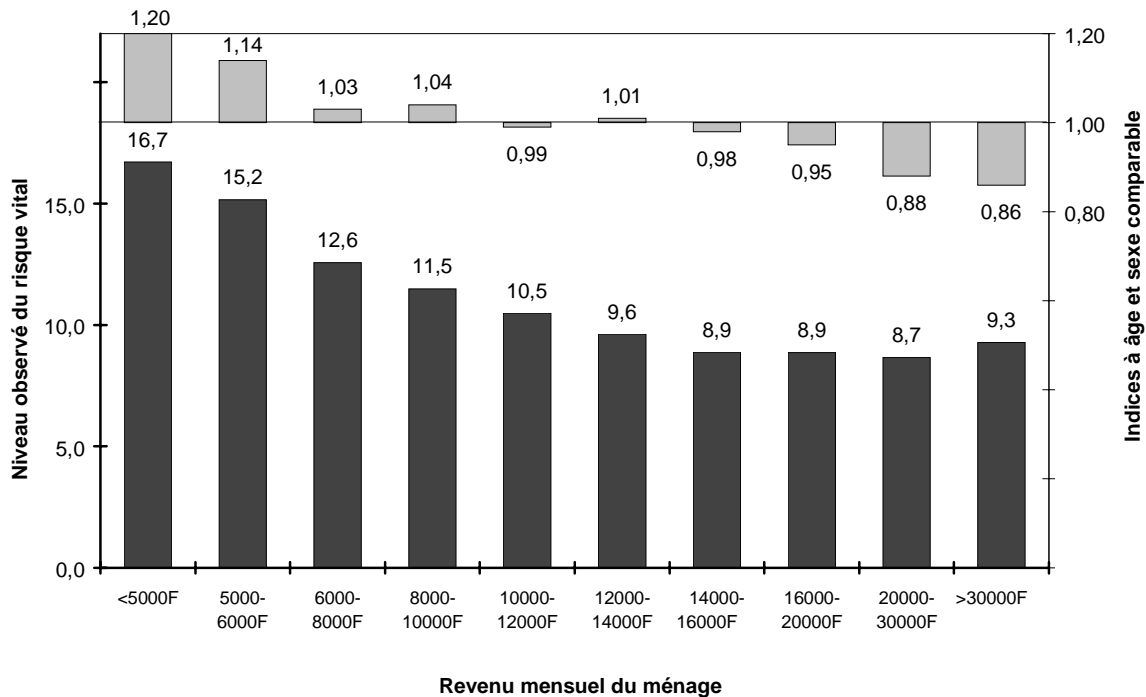
#### 2.2.4. Revenu du ménage, taille du ménage, revenu par personne

En dehors des variables directement liées à la morbidité (exonération du ticket modérateur, autres inactifs), le lien entre revenu du ménage et morbidité est l'un des plus forts. En effet, plus le revenu est élevé, plus les indicateurs d'état de santé sont bons. Pour les revenus les plus bas, le risque vital se situe à 14,8 et l'invalidité à 16,7, alors que pour les revenus situés entre 20 000 et 30 000 francs ces indicateurs sont respectivement à 8,3 et 8,7, soit une variation proche du simple au double. Cet effet est en partie dû à l'âge plus élevé des personnes à faible revenu, mais après correction de l'effet de l'âge et du sexe, les différences restent tout de même importantes puisque le risque vital varie respectivement de 1,18 à 0,87 et l'invalidité de 1,20 à 0,88.



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 30**  
**Niveau de l'invalidité en fonction des revenus du ménage**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Le lien du revenu par unité de consommation avec la morbidité est moins important que celui du revenu du ménage, mais surtout, il est en sens inverse, le risque vital et la morbidité augmentant avec le revenu par unité de consommation. Cet effet paradoxal est seulement dû à l'âge plus élevé des personnes à fort revenu par unité de consommation. Après correction de l'effet de l'âge, on observe à nouveau une liaison du revenu par unité de consommation avec l'état de santé ; ainsi, le risque vital, passe de 1,13 pour les revenus les plus faibles à 0,93 pour les plus forts, et l'invalidité de 1,15 à 0,91.

Les ménages d'une ou deux personnes sont constitués d'adultes dont beaucoup sont âgés ou très âgés (âges moyens = 51 ans et 53 ans) ; avec les ménages de trois personnes apparaissent les enfants, et leur proportion augmente avec la taille du ménage, abaissant progressivement l'âge moyen. Il s'ensuit que l'indicateur de morbidité diminue considérablement lorsque la taille du ménage augmente, mais l'indice de morbidité à âge égal varie de manière relativement réduite.

### 2.3. L'indicateur subjectif de l'état de santé

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

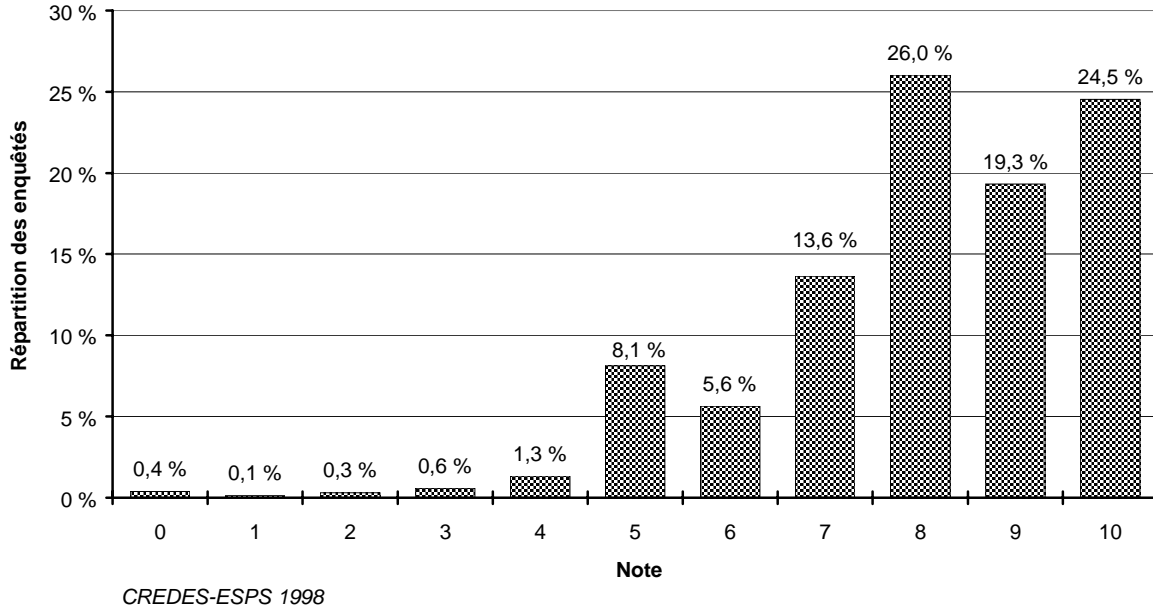
Chaque personne remplit personnellement son questionnaire santé sur lequel figure cette question ; toutefois, il est clair que les questionnaires des enfants sont remplis par les parents et ce sont naturellement eux qui notent l'état de santé de leurs enfants.

L'exploitation de cet indicateur subjectif a donc été réalisée sur les adultes de plus de 15 ans pour lesquels on suppose que le remplissage des questionnaires a été fait personnellement.

Seuls 2,7 % des adultes de plus de 15 ans se notent en-dessous de 5. A l'opposé, pratiquement le quart d'entre eux, 24,5 %, estiment leur état de santé excellent (note à 10), 45,3 % s'estiment en bonne santé et se notent entre 8 et 9 (Cf. Graphique 31 et Rapport annexe Tableau 40).

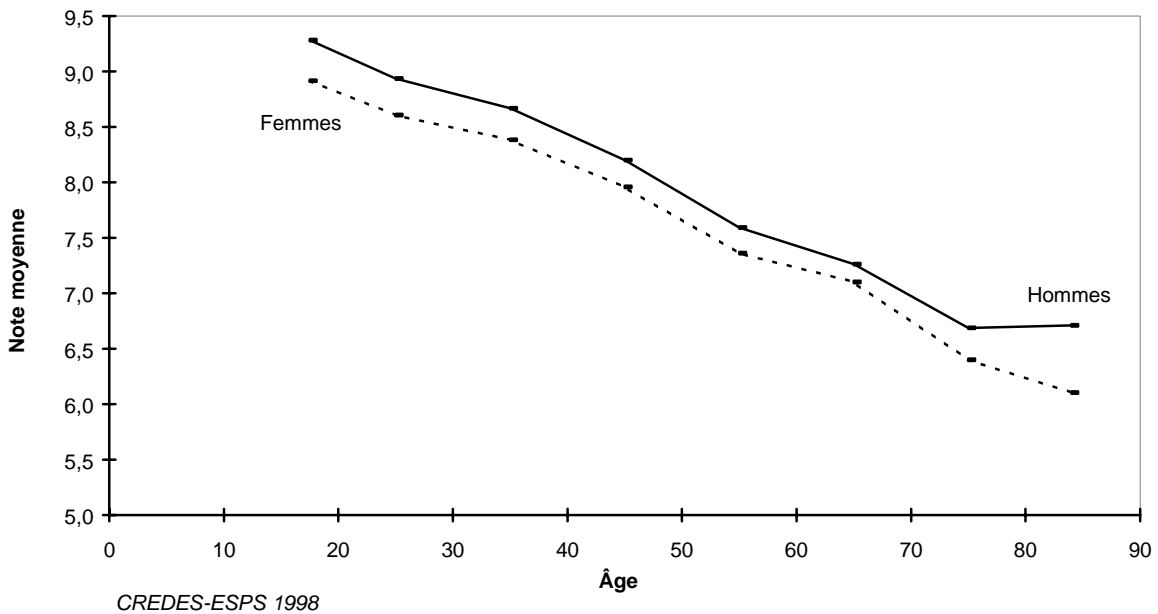
Bien que la distribution soit dissymétrique, la note moyenne tout comme la médiane<sup>40</sup> et le mode<sup>41</sup> sont à 8.

**Graphique 31**  
Distribution de l'indicateur subjectif de l'état de santé pour les 16 ans et plus  
France 1998



La note moyenne diminue avec l'âge : elle passe de 8,7 pour les 16-39 ans à 7,7 pour les 40-64 ans et à 6,7 pour les personnes plus âgées (Cf. Graphique 32).

**Graphique 32**  
Moyenne de l'indicateur de santé perçue en fonction de l'âge et du sexe pour les 16 ans et plus  
France 1998



<sup>40</sup> Valeur d'une variable qui partage en deux effectifs égaux les observations.

<sup>41</sup> Valeur de la variable qui se rencontre le plus souvent.



Les femmes se notent en moyenne légèrement moins bien que les hommes : 7,9 contre 8,2 ; cet écart en faveur des hommes existe à tous les âges et est un peu plus marqué chez les personnes les plus âgées (Cf. Rapport annexe Tableau 41).

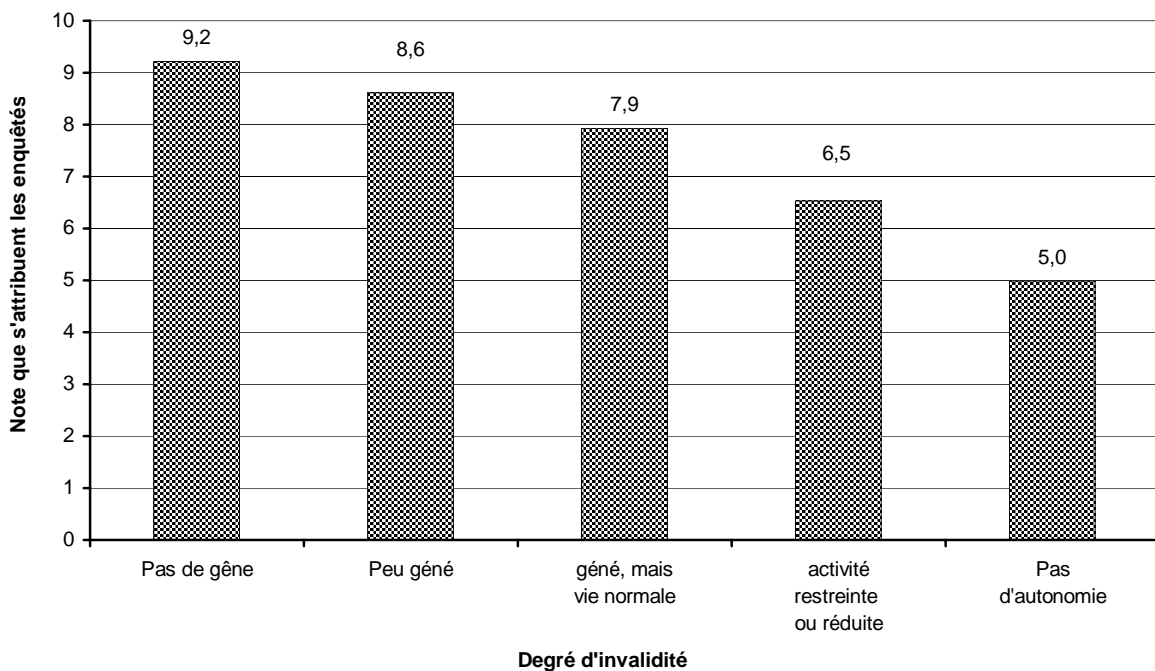
A âge et sexe comparable, la taille du ménage, le milieu social, ainsi que la possession d'une couverture complémentaire, ne semblent pas influencer sur l'indicateur de santé perçue. En revanche, les personnes exonérées du ticket modérateur (pour la plupart pour affection de longue durée) se notent 2 points plus bas que les personnes non exonérées : 6,5 contre 8,3 ; bien qu'à âge et sexe comparable cet écart se resserre, les personnes exonérées conservent un indice détérioré à 0,85 (Cf. Rapport annexe Tableau 42).

Indicateur de santé perçue et indicateur de morbidité sont étroitement liés : plus le risque vital augmente et plus la note se dégrade ; elle passe de 8,9 pour les personnes n'ayant aucun risque sur le plan vital à 5,9 pour les personnes présentant un risque important sur le plan vital. Il en va de même pour le degré d'invalidité ; ainsi, les personnes n'ayant aucune gêne ou une gêne infime s'attribuent une note moyenne de 9,2, alors que celles n'ayant aucune autonomie se notent en moyenne à 5 (Cf. Graphique 33).

Un faible niveau de revenus, tout comme le fait de bénéficier de l'AMG ou du RMI semble influencer légèrement sur la perception de l'état de santé, les plus défavorisés se notant plus bas que les autres.

Au total, si cet indicateur subjectif de l'état de santé est peu lié au milieu social ou à la possession d'une couverture complémentaire, il semble bien être cohérent avec les autres observations faites sur l'état de santé et impliquant l'âge, le sexe, l'exonération du ticket modérateur et les indicateurs de morbidité.

**Graphique 33**  
**Moyenne de l'indicateur de santé perçue**  
**en fonction du degré d'invalidité attribué par les médecins chiffreurs**  
**pour les 16 ans et plus**  
France 1998



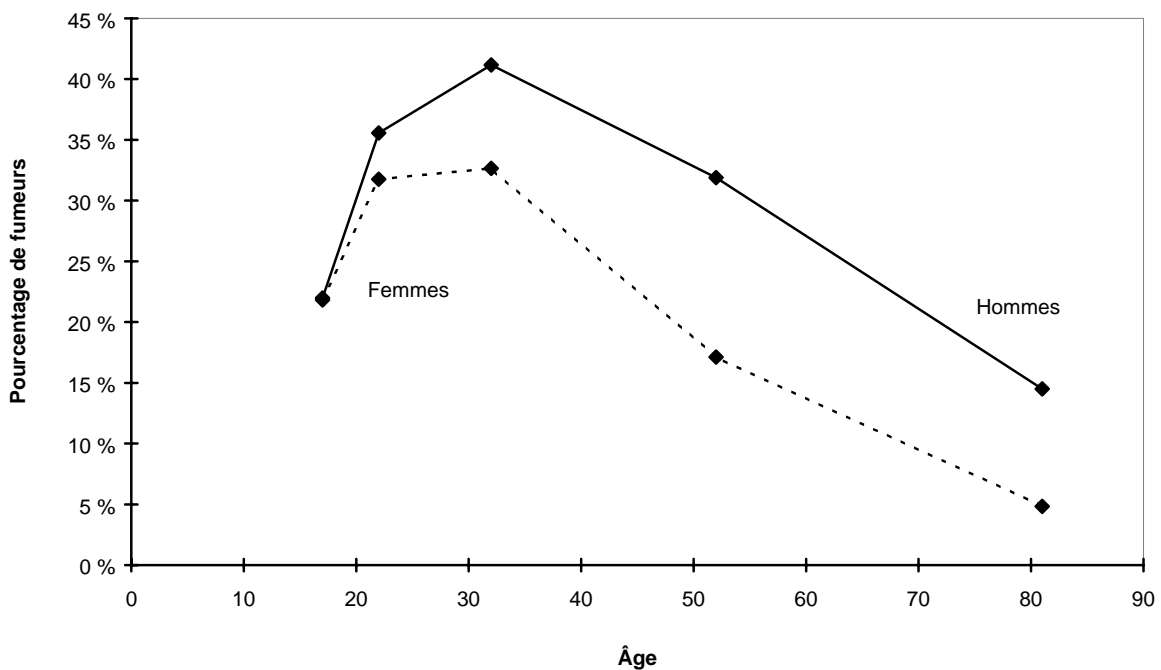
CREDES-ESPS 1998

## 2.4. Le tabagisme

27 % des personnes de plus de 15 ans déclarent fumer, 53 % n'ont jamais fumé, et 20 % ont fumé mais ne fument plus. Ces proportions varient selon l'âge et le sexe (Cf. Graphique 34 et Rapport annexe Tableau 43).

En effet, 32 % des hommes et 22 % des femmes de plus de 15 ans fument de façon habituelle. Quelle que soit la tranche d'âge, les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes, sauf parmi les plus jeunes chez lesquels 22 % des garçons comme des filles fument.

**Graphique 34**  
**Pourcentage de fumeurs par âge et sexe**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

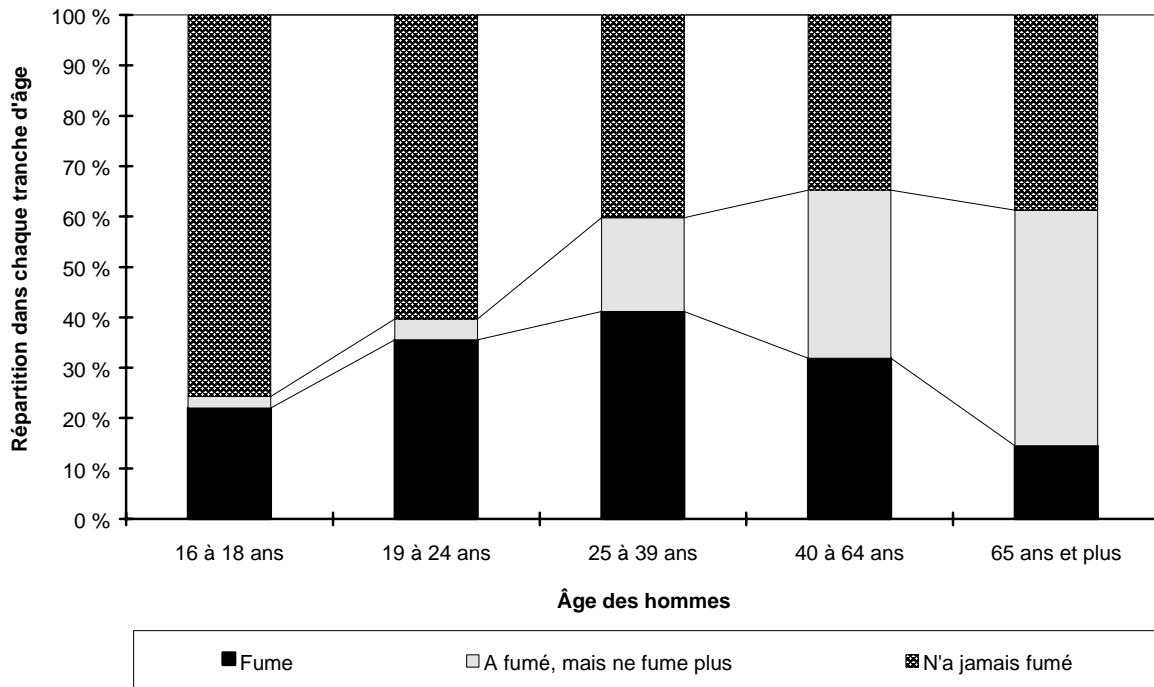
Le pourcentage de fumeurs est beaucoup plus élevé chez les 19-24 ans que chez les plus jeunes. Il est multiplié par 1,5 pour les femmes et par 1,6 pour les hommes. Le plus fort pourcentage de fumeurs se situe chez les hommes comme chez les femmes entre 25 et 39 ans, respectivement 41 % et 33 %. A partir de 40 ans, les taux baissent avec l'âge, mais de manière plus rapide chez les femmes.

Le pourcentage d'hommes n'ayant jamais fumé se situe aux environs de 35 % pour les personnes de 40 ans et plus. Ce pourcentage qui est de 40 % pour les hommes de 25 à 39 ans, est considérablement plus élevé pour les 19-24 ans (60 %) et pour les 16-18 ans (76 %).

Quant au pourcentage d'hommes ayant cessé de fumer, de moins de 4 % pour les moins de 25 ans, il passe à 19 % pour les 25-39 ans et à presque 47 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus (Cf. Graphique 35).

Autrement présenté, on peut dire que plus des trois quarts des hommes de 65 ans et plus, qui ont fumé à un moment ou l'autre de leur existence (fumeurs + anciens fumeurs), ont arrêté de fumer. Cette proportion qui est de 51 % chez les 40-64 ans passe à 31 % chez les 25-39 ans et diminue de manière importante chez les plus jeunes.

**Graphique 35**  
**Les différents comportements des hommes face au tabac**  
France 1998



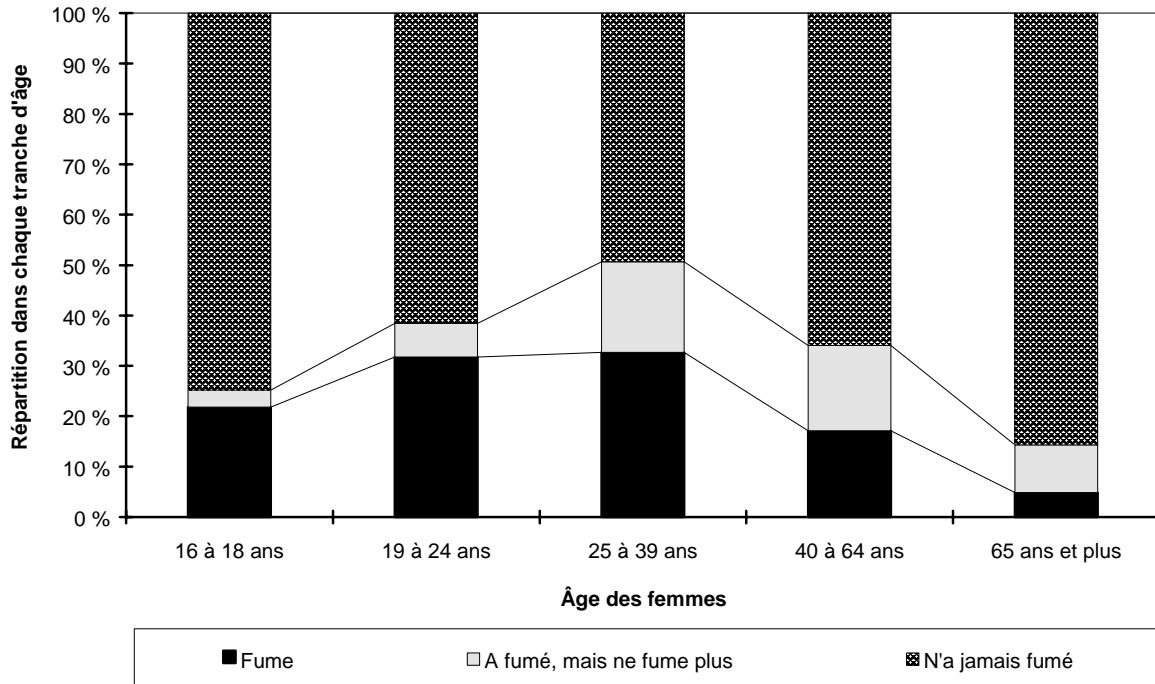
CREDES-ESPS 1998

Chez les femmes, les différences entre générations sont plus marquées que chez les hommes. En effet, alors que les jeunes générations ont des habitudes similaires à celles des hommes, les femmes plus âgées sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé. Ainsi, 85 % des femmes de 65 ans et plus n'ont jamais fumé ; elles ne sont plus que 65 % dans ce cas entre 40 et 64 ans et 49 % entre 25 et 39 ans. Les femmes n'ayant jamais fumé représentent 61 % des femmes de 19 à 24 ans et les trois quarts des jeunes filles de 16 à 18 ans.

Toujours chez les femmes, le pourcentage de personnes ayant cessé de fumer au sein de la population féminine qui est de 3 % pour les plus jeunes, passe à 7 % pour les 19-24 ans, puis à 18 % pour les adultes de 25 à 64 ans. Il diminue ensuite puisque les habitudes tabagiques étaient beaucoup moins fréquentes pour les générations plus âgées (Cf. Graphique 36).

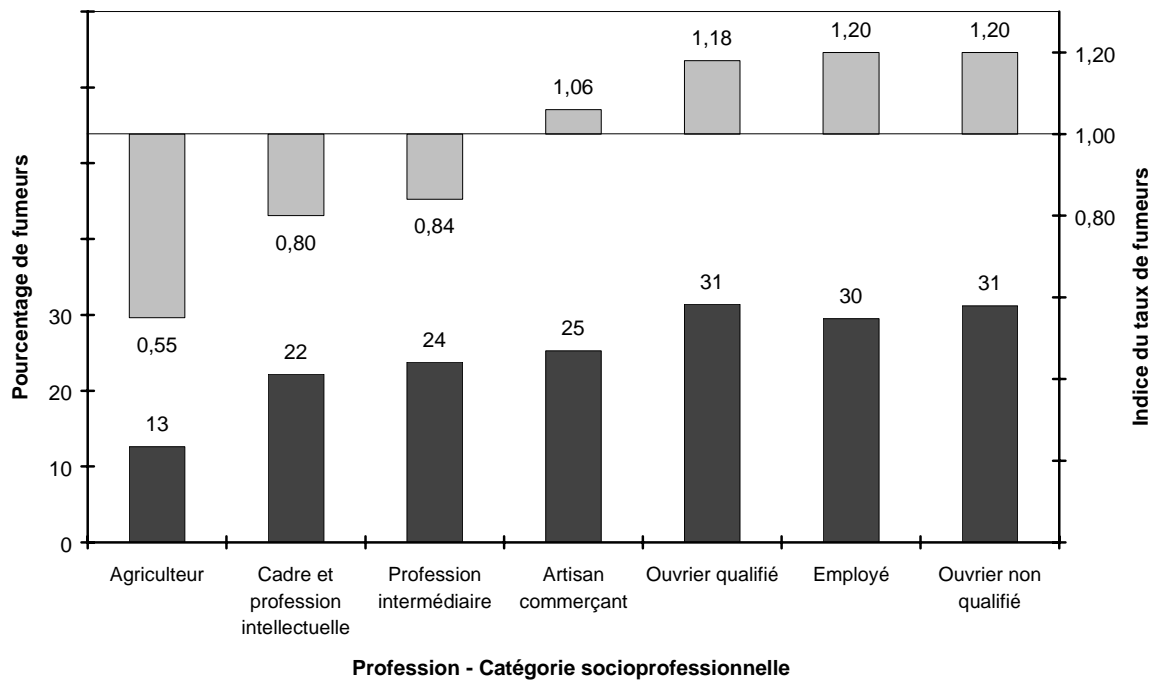
Chez les femmes de 65 ans et plus ayant consommé du tabac à un moment ou l'autre de leur vie, les deux tiers ont arrêté de fumer. Cette proportion qui concerne la moitié des femmes entre 40 et 64 ans, ne concerne que le tiers d'entre elles entre 25 et 39 ans, période pourtant souvent liée à la maternité. A noter que le comportement des femmes diffère peu de celui des hommes pour cette dernière tranche d'âge, puisque la proportion d'hommes ayant arrêté de fumer est de 31 %.

**Graphique 36**  
**Les différents comportements des femmes face au tabac**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 37**  
**Taux de fumeurs chez les plus de 15 ans**  
**et indices à âge et sexe comparable, selon le milieu social**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Les comportements face au tabac varient selon le milieu social. Parmi les plus de 15 ans, les taux de fumeurs les plus élevés s'observent dans les ménages d'ouvrier qualifié ou non, plus de 31 %, et dans les ménages d'employé, 30 %. A l'opposé, les taux de fumeurs les moins élevés concernent les ménages d'agriculteur, 13 %, et ceux de cadre supérieur, 22 %. Cette hiérarchisation selon le milieu social se confirme à âge et sexe comparable, avec toutefois un taux de fumeurs un peu plus élevé que la moyenne dans les ménages d'artisan commerçant (Cf. Graphique 37 et Rapport annexe Tableaux 44 et 45).

Par ailleurs, le taux de fumeurs est considérablement plus élevé chez les chômeurs puisque 44 % d'entre eux déclarent fumer, contre 32 % des actifs. A âge et sexe comparable, cette différence est encore plus marquée, indice 1,51 versus 0,94 chez les actifs. Parmi les personnes vivant du RMI, le taux de fumeurs est encore plus élevé 45 % avec un indice à 1,86.

Les taux de fumeurs les plus élevés s'observent dans les ménages de 3 à 5 personnes, mais à âge et sexe comparable le taux de fumeur le plus élevé s'observe pour les personnes vivant seules, indice 1,25.

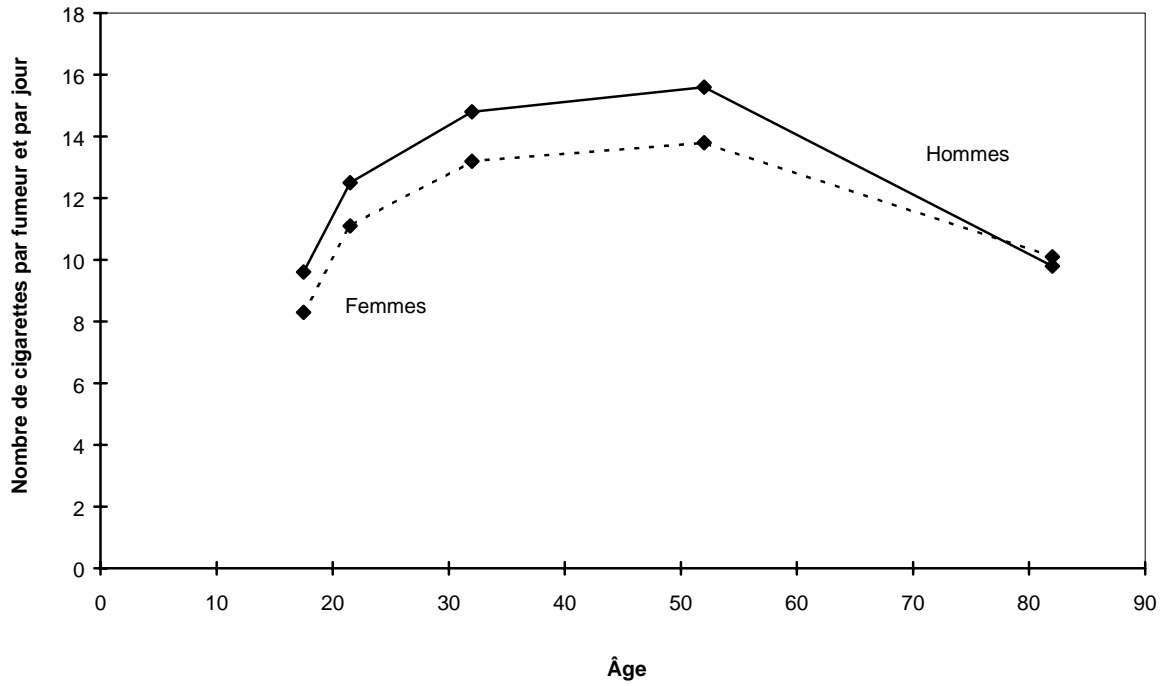
Lorsque l'on examine le revenu, le taux de fumeurs le plus élevé, 33 %, se rencontre dans les ménages dont les revenus sont compris entre 2 000 et 3 000 francs par unité de consommation. Ce taux est également élevé pour des revenus compris entre 3 000 et 4 000 francs, indice 1,13. Pour les autres classes de revenus, les taux de fumeurs, sont à âge et sexe comparable proches de la moyenne, sauf pour les personnes aux revenus les plus élevés (> 8000 francs par UC) chez lesquelles on relève le plus faible taux de fumeurs, tant en valeur qu'en indice.

En moyenne, un fumeur consomme presque 14 cigarettes par jour, 12,7 pour les femmes et 14,3 pour les hommes. Les fumeurs qui consomment le moins sont observés aux âges extrêmes, pour les 16-18 ans, 9 cigarettes par jour, et pour les 65 ans et plus, 10 cigarettes. Les hommes, à âge comparables, fument davantage de cigarettes que les femmes, sauf pour les personnes les plus âgées, chez lesquelles la consommation journalière est similaire. On notera toutefois que les différences ne sont pas considérables et donc, que l'imprégnation tabagique est proche chez les fumeurs, quel que soit le sexe (Cf. Graphique 38).

A noter que la consommation de cigarettes est globalement plus élevée dans les milieux où le taux de fumeurs est particulièrement élevé, ouvriers non qualifiés, chômeurs, faibles revenus, RMIstes.

Au total, les diverses variables étudiées montrent que le tabagisme sévit de manière particulièrement importante au sein des populations les moins favorisées, tant en terme de taux de fumeurs, qu'en terme de quantité de tabac consommé par personne.

**Graphique 38**  
**Nombre de cigarettes par fumeur et par jour selon l'âge et le sexe**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### **3. Les recours au médecin**

---





### 3. Les recours au médecin en 1998

#### 3.1. Le taux de consommateurs

En un mois, le tiers des enquêtés déclare avoir eu recours au moins une fois à un médecin. Parmi l'ensemble des individus enquêtés, 6 % ont eu recours à la fois à un généraliste et à un spécialiste. 19 % des enquêtés n'ont eu recours qu'à un généraliste et 8 % qu'à un spécialiste au cours du mois d'étude. Le nombre moyen de séances déclaré par personne est de 0,50 soit, pour les personnes ayant eu recours au médecin, une séance et demie.

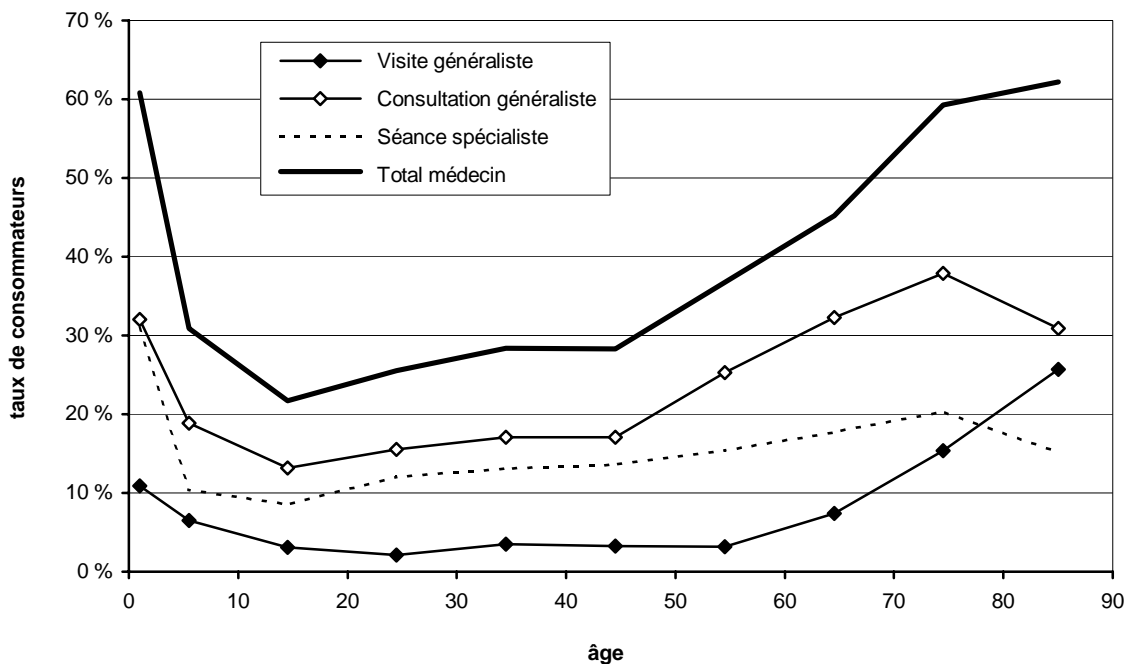
Parmi les 25 % de personnes déclarant avoir eu recours au généraliste, 5 % ont été examinés au moins une fois à leur domicile, et 20 % au moins une fois dans un local professionnel (Cf. Rapport annexe Tableau 46).

##### 3.1.1. Le recours au médecin augmente avec l'âge à partir 10 ans

Le recours à un médecin qui est élevé pour les nourrissons (0-2 ans), passe par un minimum pour les jeunes de 10 à 19 ans, puis augmente régulièrement avec l'âge jusqu'à 80 ans et plus. Quel que soit l'âge, le taux de consommateurs des consultations de généralistes est supérieur aux autres types de recours.

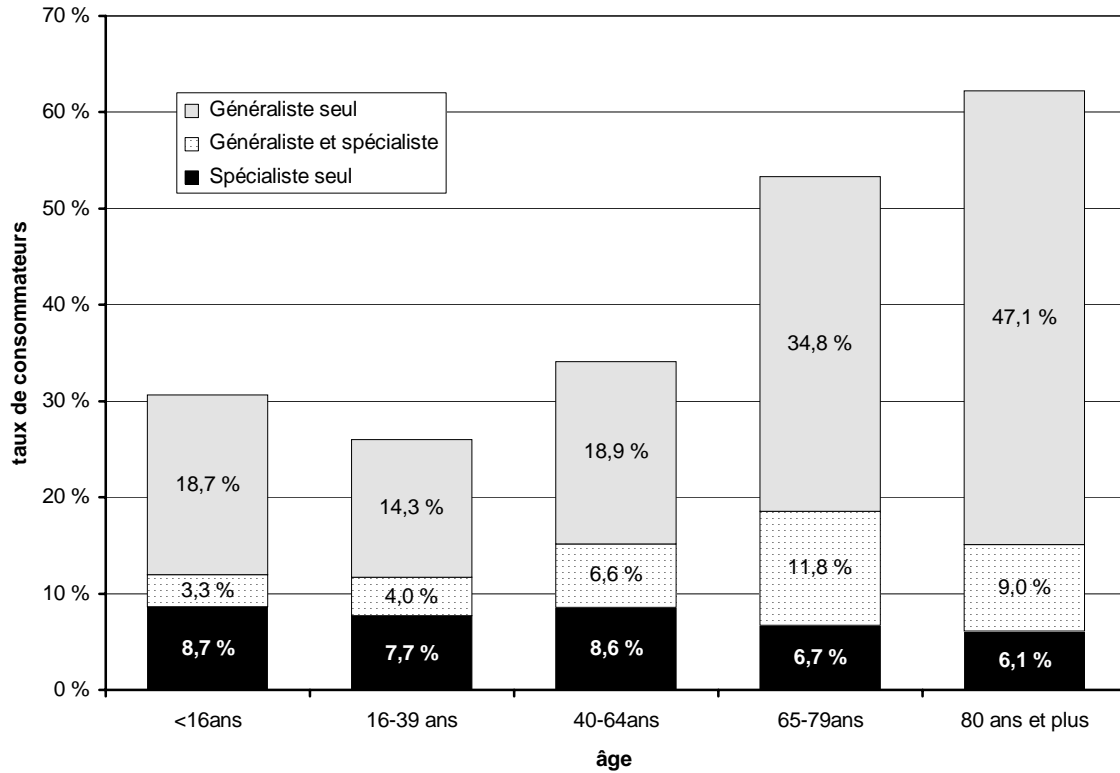
Les visites du généraliste au domicile des patients sont relativement rares entre 10 et 60 ans, moins de 5 % des personnes enquêtées ; elles progressent rapidement après 60 ans pour atteindre un taux de consommateurs de 26 % chez les personnes les plus âgées. Au delà de 80 ans, seul le recours au généraliste à domicile continue à augmenter, alors que les difficultés des personnes âgées à se déplacer entraînent symétriquement une diminution des recours aux consultations tant de généralistes que de spécialistes (Cf. Graphique 39).

**Graphique 39**  
**Pourcentage de consommateurs de soins de médecin,**  
**en un mois, selon l'âge et la nature des séances**  
France 1998



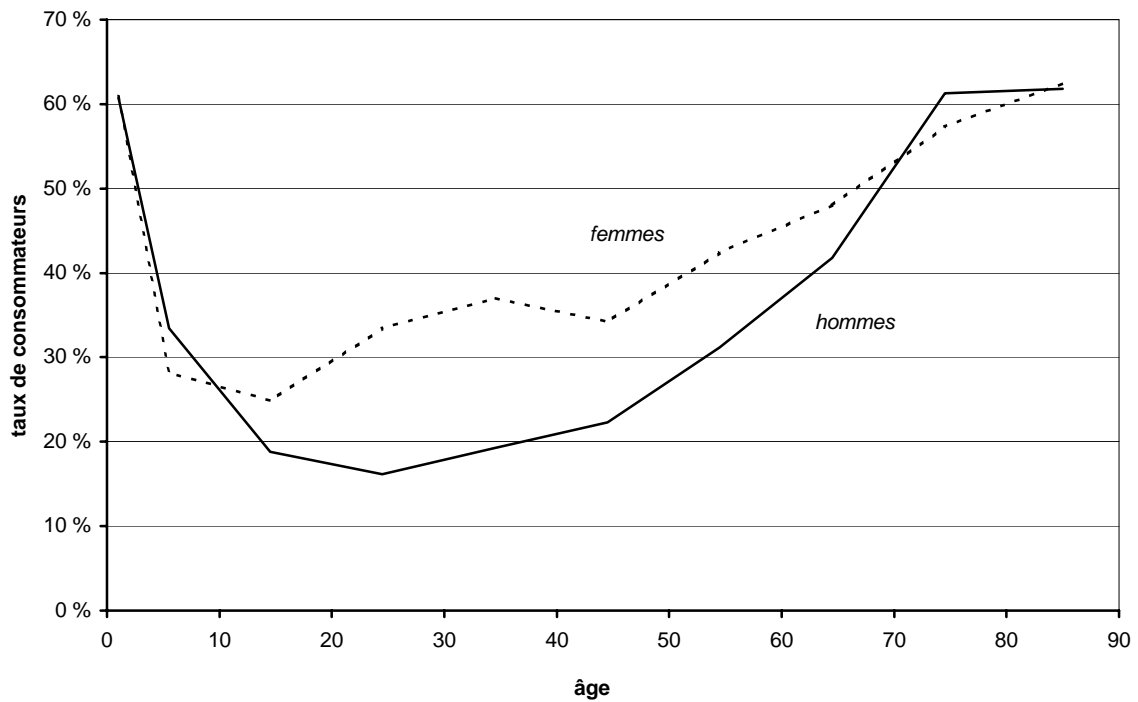
CREDES-ESPS 1998

**Graphique 40**  
**Recours combiné au généraliste et au spécialiste selon l'âge**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 41**  
**Pourcentage de consommateurs de séances de médecin en un mois**  
**selon l'âge et le sexe**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

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

Ces recours plus fréquents aux soins de médecins avec l'avancée en âge s'accompagnent à la fois d'un nombre plus important de séances de même type par consommateur et d'un recours conjoint au généraliste et au spécialiste plus fréquent qui passe, en un mois, de 3 % pour les moins de 16 ans à 12 % pour les personnes de 65 ans à 79 ans. (Cf. Graphique 40).

Les femmes ont plus souvent recours au médecin que les hommes. Globalement, 37 % d'entre elles ont recours au moins une fois au médecin en un mois, 17 % à un spécialiste et 27 % à un médecin généraliste. Chez les hommes, 28 % ont recours à un médecin, 10 % à un spécialiste et 22 % à un généraliste. L'écart entre les hommes et les femmes est le plus important aux âges de la maternité, il disparaît aux âges avancés. Les garçons de moins de 10 ans sont un peu plus souvent soignés ou examinés par des médecins que les petites filles du même âge (Cf. Graphique 41).

### **3.1.2. Les ouvriers et les artisans-commerçants ont moins souvent recours au médecin que les autres catégories sociales**

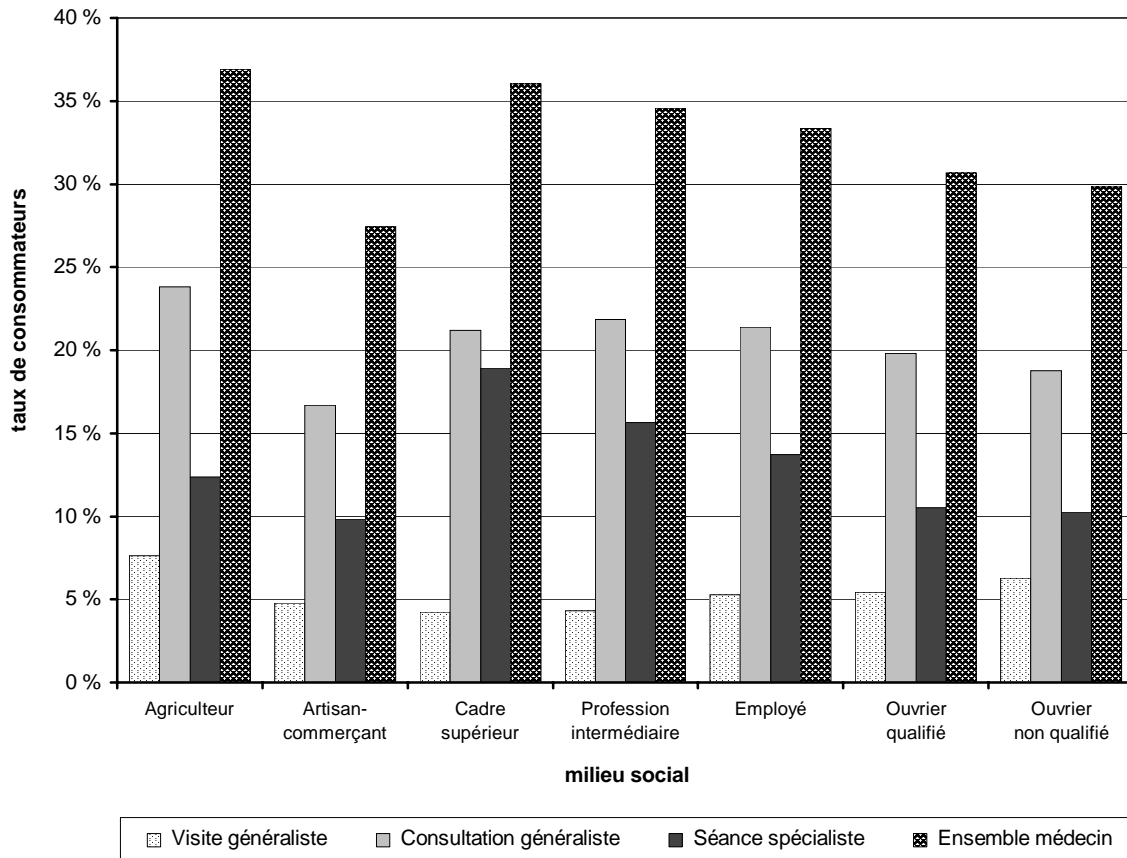
L'impact observé du milieu social sur le recours au médecin peut très bien ne pas mettre en évidence l'impact effectif de ce milieu social, car les populations rattachées aux différentes catégories n'ont pas nécessairement la même composition par âge et par sexe. Par exemple, les agriculteurs et les artisans-commerçants sont en moyenne plus âgés, les employés sont souvent des femmes, etc., ce qui entraîne des recours plus fréquents au médecin. Ainsi après ajustement sur l'âge et le sexe, les agriculteurs ont le même taux de consommation de visites de généralistes que la moyenne des enquêtés. Cependant, malgré l'élimination de ces effets dus aux différences de structure par âge et sexe certains écarts entre groupes sociaux persistent ou s'inversent.

Les personnes appartenant à des ménages dont la personne de référence (voir définition dans le glossaire en fin de volume) est artisan-commerçant ou ouvrier non qualifié recourent le moins souvent au médecin, respectivement 27 % et 30 %. Les ménages de cadre, d'exploitant agricole ou de profession intermédiaire déclarent le plus souvent avoir recours à un médecin, environ 35 %. Toutefois, à âge et sexe comparable, les agriculteurs ont un recours plus faible que la moyenne.

Les recours aux médecins généralistes ou spécialistes diffèrent selon l'échelle sociale. Concernant le recours au médecin généraliste, les recours les plus fréquents sont observés pour les exploitants agricoles (31 %) et les moins fréquents pour les artisans-commerçants (21 %). Les autres catégories sociales recourent avec la même fréquence (entre 24 et 25 %). A âge et sexe comparable, on note que seuls les artisans commerçants ont un recours nettement inférieur à la moyenne (indice 0,72).

A l'inverse, le recours au spécialiste suit l'échelle sociale : les membres des ménages d'ouvrier recourent le moins souvent au spécialiste (10 %) alors que les membres des ménages de cadre supérieur et de profession intermédiaire y recourent le plus souvent, respectivement 19 % et 16 %. A âge et sexe comparable, les écarts persistent. (Cf. Graphique 42).

**Graphique 42**  
**Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,**  
**selon le milieu social et la nature des séances**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Ces différences de mode de recours expliquent le fait que lorsqu'un cadre voit un médecin, il s'agit une fois sur deux d'un spécialiste et lorsqu'un ouvrier ou un agriculteur voient un médecin il s'agit plus de 2 fois sur 3 d'un généraliste.

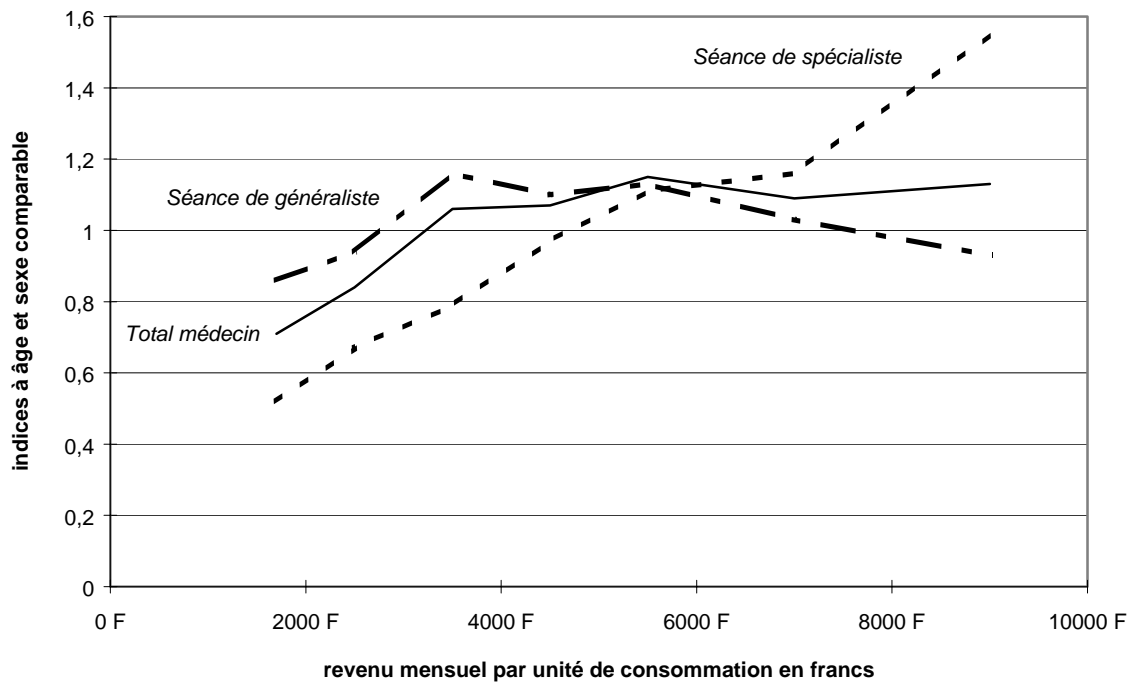
Les cadres sont les plus faibles consommateurs de visites à domicile, les agriculteurs y ont recours près de deux fois plus. Après ajustement sur l'âge et le sexe, ces écarts sont moins marqués, les agriculteurs se situent dans la moyenne du taux de consommateurs de visites de généralistes, les cadres sont en dessous (indice 0,85).

A âge et sexe comparable, les ouvriers recourent plus souvent aux visites alors que les agriculteurs ont un recours moyen. Chez ces derniers ce n'est donc pas l'éventuel éloignement de l'offre de généraliste qui prime, mais il s'agit bien d'un effet d'âge. A noter, qu'à âge et sexe comparable, le taux de consommateurs des ouvriers en soins de spécialistes est 2 fois plus faible que celui des cadres. En valeur, comme en indice, les ménages d'artisans sont ceux qui consomment le moins de soins de généralistes et de soins de spécialistes. Par ailleurs, si le taux de consommateurs en visite de généraliste est particulièrement élevé chez les chômeurs par rapport aux actifs, ces derniers consomment relativement peu de soins de spécialistes.

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

Le revenu semble également jouer un rôle important sur le recours au médecin. Les personnes vivant dans des ménages qui disposent de plus de 8 000 francs par unité de consommation et par mois (voir définition dans le glossaire en fin de volume) ont une probabilité 1,6 fois plus forte de voir un médecin en un mois que les personnes vivant dans des ménages à moins de 2 000 francs par unité de consommation. Il ne s'agit pas là d'un effet d'âge puisque cette différence persiste après ajustement sur l'âge et le sexe (Cf. Graphique 43).

**Graphique 43**  
**Indices à âge et sexe comparable du taux de recours aux médecins**  
**selon le revenu par unité de consommation**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

L'impact le plus important du milieu social concerne le recours aux soins de spécialistes. Les personnes disposant de hauts revenus ont une probabilité 3 fois plus importante de recourir en un mois à des soins de spécialistes que les plus pauvres. Cette différence demeure après ajustement sur l'âge et le sexe des individus.

### 3.1.4. L'effet contrasté de la protection maladie : les personnes sans couverture complémentaire maladie ont moins souvent recours au médecin

Les individus ne possédant pas une complémentaire maladie ont tendance à avoir moins souvent recours au médecin que les autres. 23 % des personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire ont recours à un médecin en un mois contre 34 % des personnes disposant d'une telle couverture.

Paradoxalement, les personnes vivant du RMI et donc théoriquement exonérées<sup>42</sup> ont moins souvent recours au médecin, 25 % contre 33 %. Cette différence persiste après ajustement sur

<sup>42</sup> La méthodologie de l'enquête est telle qu'elle ne permet pas de contacter l'ensemble des bénéficiaires du RMI, notamment les personnes sans domicile fixe.

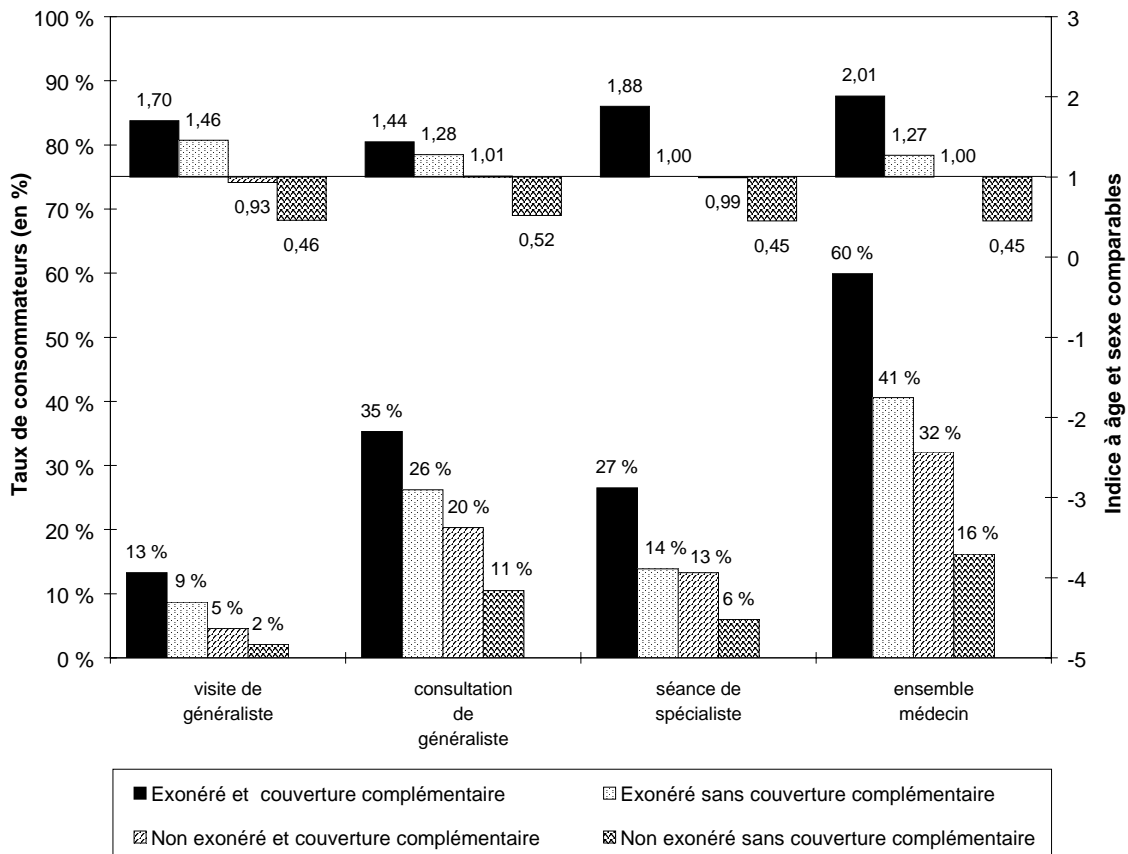
l'âge et le sexe, respectivement 0,79 et 1,00. Elle s'explique principalement par un moindre recours au spécialiste. En effet, à âge et le sexe comparable, les individus bénéficiant du RMI sont 26 % de moins que la moyenne à avoir eu recours aux spécialistes.

Les personnes bénéficiant de l'AMG ont globalement le même recours au médecin que celles qui n'en bénéficient pas, elles recourent cependant de façon plus importante au généraliste et ont un recours moins important au spécialiste.

Les malades exonérés du ticket modérateur sont naturellement (les 3/4 sont des personnes en ALD) de forts consommateurs en séances de médecins : 53 % ont eu au moins une séance de médecin en un mois (contre 30 % des personnes non exonérées du ticket modérateur) ; 43 % ont eu recours à au moins un généraliste et 23 % à un spécialiste, soit des taux de recours presque 2 fois plus élevés que les personnes non exonérées. Ces personnes exonérées font 3 fois plus souvent appel au généraliste à domicile que les personnes non exonérées. Tous ces écarts restent importants après ajustement sur l'âge et le sexe.

Au sein même des exonérés, la couverture complémentaire joue un rôle important sur le recours au médecin. En effet, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire ont un taux de consommateurs 1,5 fois plus élevé que les exonérés sans complémentaire (60 % versus 41 %). L'écart est encore plus important chez les non exonérés, 32 % des enquêtés non exonérés et couverts par une complémentaires sont consommateurs d'au moins une séance de médecin au cours du mois d'enquête contre 16 % des non couverts. Après ajustement sur l'âge et le sexe, ces écarts persistent (Cf. Graphique 44).

**Graphique 44**  
**Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,**  
**selon la nature des séances et le niveau de protection sociale**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998



Au total, l'absence de couverture complémentaire limite le recours aux soins de médecins aussi bien chez les personnes exonérées que chez les non exonérées. Toutefois, l'exonération du ticket modérateur qui est essentiellement liée à l'existence d'une ou de plusieurs pathologies, permet, en l'absence de couverture complémentaire, de favoriser le recours aux soins de généralistes, mais cependant dans ce cas, l'accès au spécialiste reste limité.

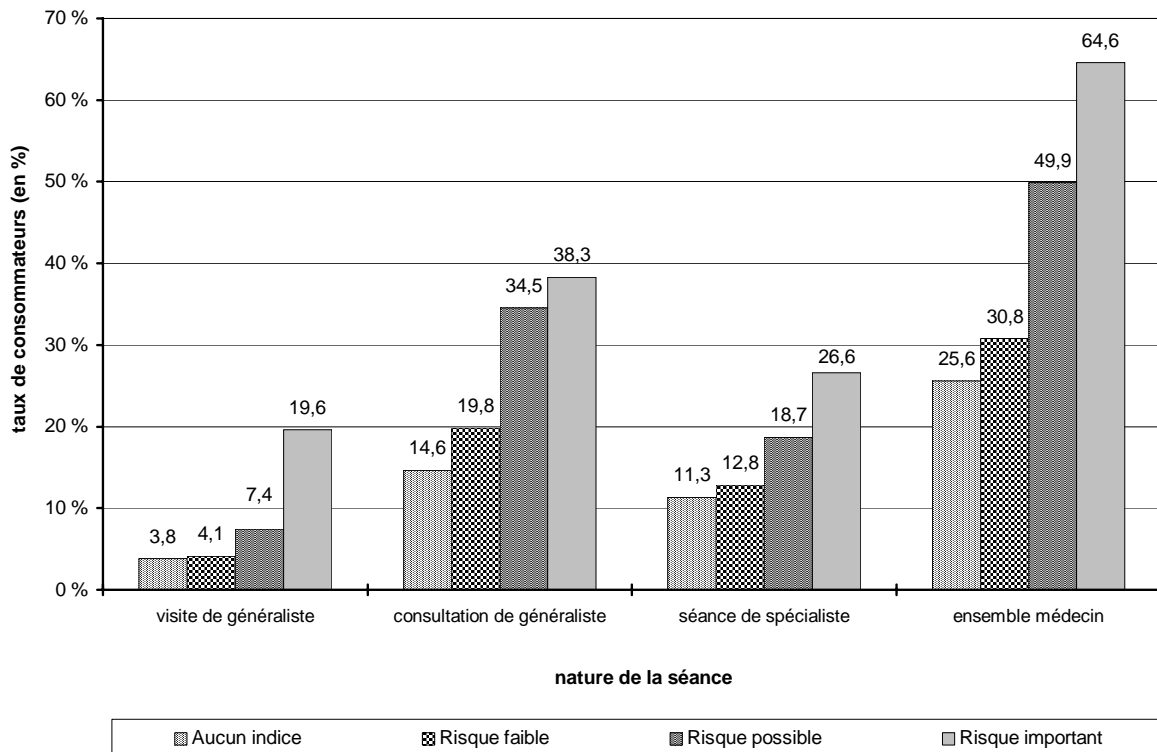
Les enquêtés protégés par la MSA ont les taux de recours aux soins de médecins les plus élevés (36 % contre 33 % pour le régime général et moins de 30 % pour la CANAM et les autres régimes). Ces personnes ont un recours nettement plus important au généraliste (près de 30 % en un mois), mais ceci s'explique par leur âge. Par contre, ils recourent peu aux soins de spécialistes (indice 0,82). Chez les bénéficiaires de la CANAM et ceux du régime général, les taux de recours sont respectivement de 22 % et 25 % pour les séances de généralistes et de 9 % et 14 % pour les séances de spécialistes.

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

La dégradation de l'état de santé entraîne un recours plus important au médecin et ce, quel que soit le type de séance. Le taux de consommateurs de séances de généralistes passe de 17 % pour les personnes n'ayant aucun risque sur le plan vital à 55 % pour les personnes ayant un risque vital important. Ces taux sont respectivement de 11 % et 27 % pour les séances de spécialistes (Cf. Graphique 45).

Le recours au médecin augmente également avec le degré d'invalidité. On observe néanmoins, pour les personnes n'ayant pas d'autonomie, une diminution importante du recours au généraliste au cabinet, compensée par un fort recours au généraliste à domicile (Cf. Graphique 46)

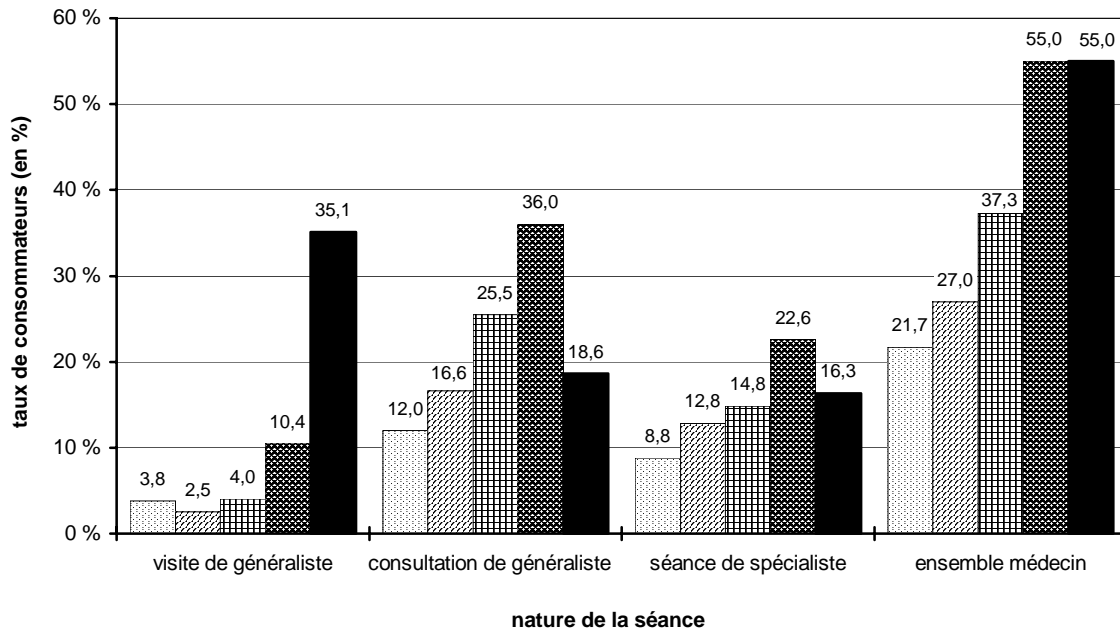
**Graphique 45**  
**Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,**  
**selon la nature des séances et le niveau de risque vital**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998



**Graphique 46**  
**Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois,**  
**selon la nature des séances et le degré d'invalidité**  
 France 1998



Pas de gêne ou infirme
  Peu gêné
  Gêné mais vie normale
  Activité restreinte ou réduite
  Pas d'autonomie

CREDES-ESPS 1998

### 3.2. Débours et prix moyen des séances de médecin

Les débours correspondent aux sommes versées directement par les patients aux médecins, indépendamment d'éventuels remboursements ultérieurs. Le débours peut être nul en cas de tiers payant total ou ne correspondre qu'au ticket modérateur en cas de tiers payant partiel. Dans la majorité des cas, les séances de médecins sont payées directement et intégralement par les patients, et dans ce cas, le débours permet d'estimer le prix moyen de la séance, qui est de 169 francs.

En moyenne, chaque personne a déboursé 68 francs en un mois pour des soins de médecins : 35 francs en soins de généraliste (28 francs en consultations et 7 francs en visites) et 33 francs en soins de spécialiste (Cf. Rapport annexe Tableau 48)

Le prix moyen de la séance de médecin, lorsqu'elle est payée directement et intégralement par le patient, s'élève à 169 francs. Il varie de 128 francs pour une consultation de généraliste et 150 francs pour une visite de généraliste à 241 francs pour une séance de spécialiste. Pour les généralistes, ces prix sont proches des tarifs conventionnels des médecins du secteur 1, le tarif de la lettre C correspondant à la consultation s'élevait à 115 francs en 1998 et celui de la lettre V correspondant à la visite plus le montant des indemnités de déplacement (différent pour Paris, Lyon et Marseille) à 135 ou 145 francs. Par contre, pour les séances de spécialistes, la valeur observée ne reflète pas le tarif de la lettre CS (150 francs) car ce prix observé intègre en quelque sorte la "quantité" de soins dispensés pendant la séance. En effet, bon nombre de séances comportent des actes techniques plus ou moins sophistiqués (électrocardiogramme, audiogramme, échographie, radio, etc.) cotés en différentes lettres clés (K, Z, etc.). A ces différences de "contenu" de la séance s'ajoutent d'éventuels dépassements d'honoraires.

### Le débours tel qu'il est appréhendé par l'enquête et la présentation des résultats en valeur relative

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

Dans l'enquête, en moyenne, chaque personne déclare avoir déboursé 68 francs en un mois pour des soins de médecin : 35 francs en soins de généralistes (28 francs en consultations, 7 francs en visites) et 33 francs en soins de spécialistes (*Cf. Rapport annexe Tableau 48*)

Ce débours moyen permet d'appréhender d'une autre manière la sous déclaration des séances dans l'enquête : un débours moyen de 68 francs par mois conduit à un débours total annuel agrégé de 48 milliards de francs. Pour passer du débours observé à la dépense estimée (la différence entre ces deux valeurs tient essentiellement à l'utilisation du tiers payant), on utilise une estimation réalisée au CREDES : ainsi, nous estimons que la dépense en soins de médecins est proche du débours majoré de 20 %. On passerait donc à une dépense estimée de 57 milliards de francs. Or, selon les comptes nationaux de la santé (DREES), les soins en pratique libérale ont représenté 95 milliards de francs sur l'année 1998. Toutefois, ce chiffre recouvre de nombreuses activités de soins non comptabilisées dans l'enquête : honoraires des praticiens perçus en clinique (chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens...), activité des médecins exerçant à titre libéral dans le cadre de maison de retraite, de repos, de rééducation, etc ; tous éléments non recueillis dans l'enquête. Il n'en reste pas moins une forte sous estimation de la dépense totale observée à travers l'enquête.

Pour éviter de présenter des chiffres sous-estimés par rapport aux sources provenant de données statistiques d'activité ou de prestations. On construit donc un indice que l'on appellera par la suite « valeur relative ». Cet indice permet d'étudier les variations relatives du débours ou de la dépense selon les variables étudiées. Pour ce faire, il est nécessaire de faire l'hypothèse que, malgré la sous-estimation observée, les variations de la dépense et du débours entre les différents niveaux d'une même variable sont proches de la réalité. Cette valeur ne doit pas être confondue avec l'indice redressé par âge et sexe utilisé dans ce rapport.

Pour la construction de cette valeur relative, on utilise une base 100 qui sera le débours moyen **des consultations de généralistes**, on rapporte donc le débours déclaré par une catégorie de personnes et pour une nature de soins à cette base 100. Par exemple, le débours par personne pour une visite de généraliste chez les enfants de moins de 16 ans est de 8 francs 60 et le débours moyen par personne des consultations de généralistes est de 27 francs 60 (base 100), sa valeur relative est égale à 31,2, soit  $(8,60 / 27,60) * 100$ .

Ainsi, tous les débours déclarés par une catégorie de personnes et pour une nature de soins sont rapportés à la même base (moyenne des débours des consultations de généralistes). Le référentiel étant le même on peut ainsi comparer les débours pour les visites de généralistes, aux débours pour les consultations ou encore aux débours pour les séances de spécialistes.

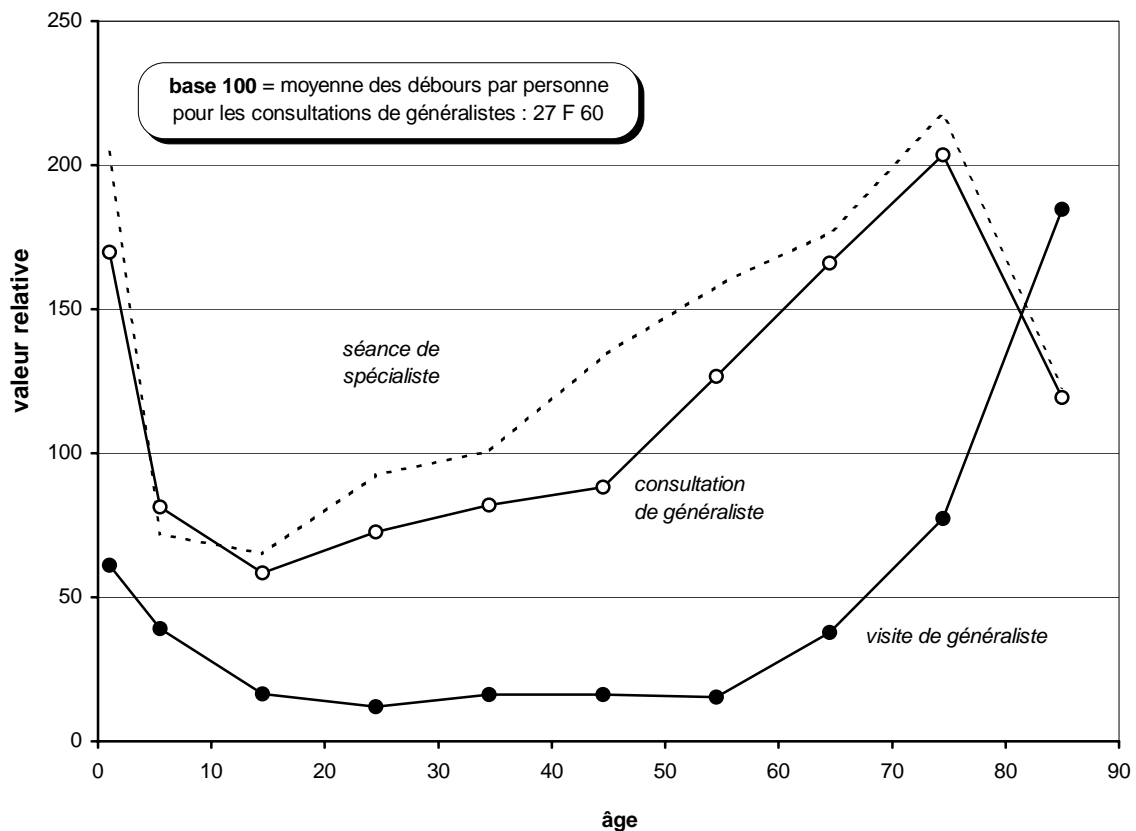
Dans la suite de cette présentation on privilégiera donc les résultats en valeur relative plutôt qu'absolue ; insistons sur le fait que ces débours moyens exprimés en valeur relative ne sauraient être pris pour des valeurs reflétant les débours réels.

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

### 3.2.1. Entre 20 et 59 ans, les débours en soins de spécialistes sont plus importants que ceux des soins de généralistes

Les débours par personne varient, en fonction de l'âge, sensiblement comme les recours : décroissance puis augmentation avec l'âge, continue pour les visites et jusqu'à 79 ans pour les consultations. Mais l'importance des soins de spécialistes en termes financiers les positionne au-dessus des consultations de généralistes à pratiquement tous les âges. Ainsi, entre 20 et 59 ans les débours en soins de spécialistes sont plus importants que l'ensemble des soins de généralistes (C+ V) (Cf. Graphique 47 et Cf. Rapport annexe Tableau 43).

**Graphique 47**  
**Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon l'âge**  
France 1998

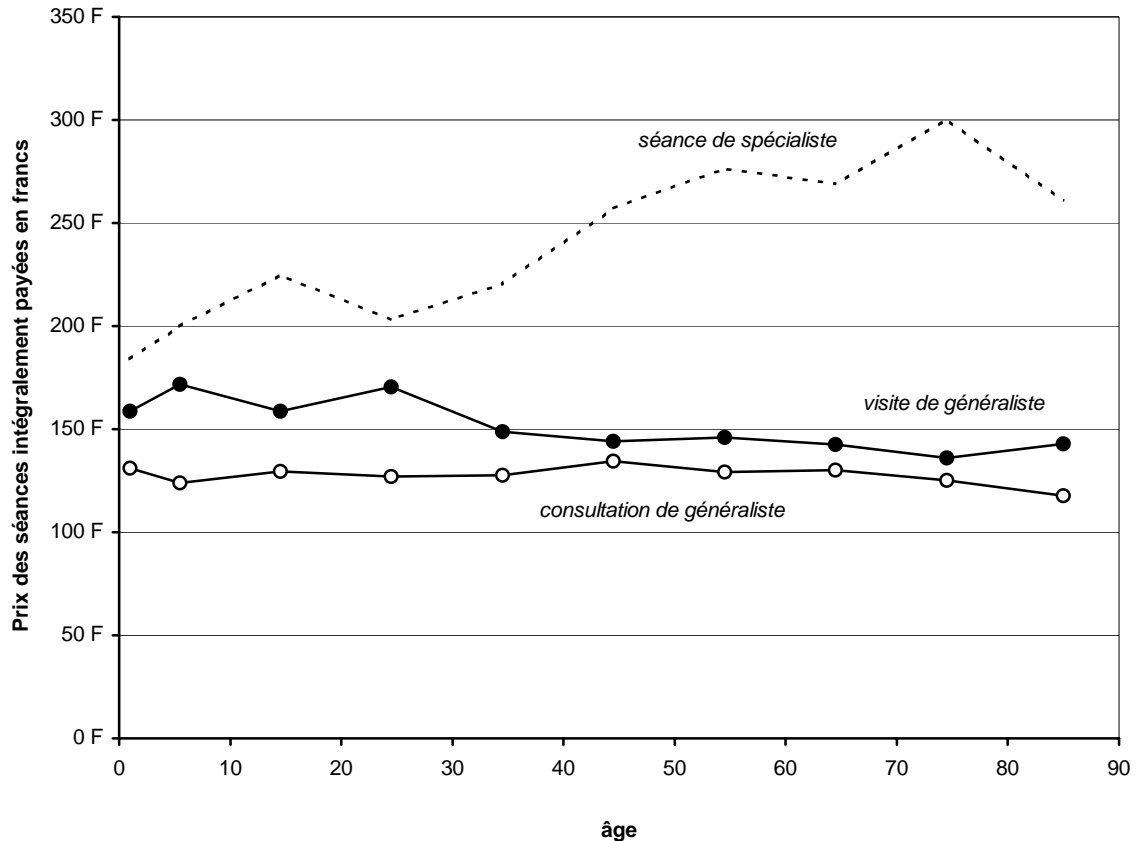


CREDES-ESPS 1998

L'augmentation des débours en fonction de l'âge pour les soins de généralistes s'explique par une augmentation du nombre déclaré de séances de généralistes tant pour les consultations que pour les visites sans que le contenu proprement dit de chaque séance diffère. En effet, le prix moyen des séances de généralistes intégralement payées est stable quelque soit l'âge des patients, et l'on peut admettre que le prix moyen de la séance traduit en quelque sorte la « quantité » moyenne de soins dispensés pendant la séance. Pour les spécialistes au contraire, bon nombre de séances comportent des actes techniques plus ou moins complexes et ce contenu évolue avec l'âge des patients. Ceci se répercute bien évidemment sur le prix de la séance qui augmente d'environ 40 % entre les séances de spécialistes destinées aux enfants et celles réalisées pour les adultes. En effet, le prix moyen de la séance de pédiatre est inférieur à 200 francs, alors qu'une séance de spécialiste destinée à un adulte de plus de 50 ans coûte près de 300 francs (Cf. Graphique 48).

Pour les femmes, le prix moyen des séances de médecins intégralement payées est de 170 francs ; pour les hommes, il est de 165 francs. Les femmes déboursent pour des soins de médecins 1,5 fois plus que les hommes (respectivement 291 en valeur relative versus 199).

**Graphique 48**  
**Prix moyen des séances intégralement payées par nature, selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### 3.2.2. Les ménages de cadres ou de professions intermédiaires déboursent plus en soins de médecins que ceux d'ouvriers qualifiés ou non qualifiés

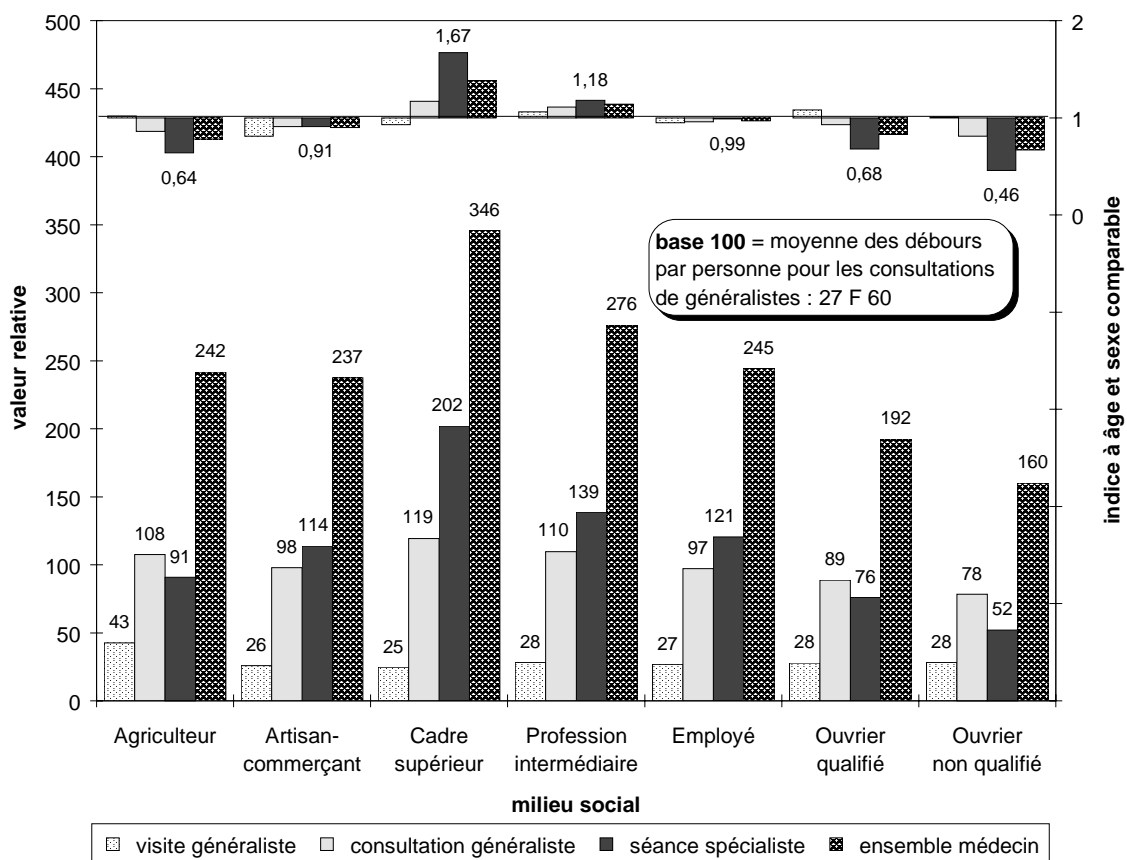
Le débours par personne en soins de médecins est maximum dans les ménages dont la personne de référence est cadre ou exerce une profession intermédiaire (respectivement en valeur relative 346 et 276). A l'opposé, les débours sont minimum dans les ménages d'ouvrier qualifié ou non qualifié, respectivement 193 et 160 en valeur relative. Alors que les débours pour les consultations de généralistes varient peu avec le milieu social, les débours pour les soins de spécialistes varient et passent de 52 en valeur relative pour les ouvriers non qualifiés à 202 pour les cadres, soit près de quatre fois plus (Cf. Graphique 49).

Notons que cette différence de consommation de soins de spécialistes est moins importante en nombre de séances, 0,1 séance de spécialistes par personne appartenant à un ménage d'ouvrier non qualifié en un mois, 0,2 pour les ménages d'ouvrier qualifié, 0,2 pour les professions intermédiaires et 0,3 pour les cadres. En effet, les prix moyens des séances de spécialistes intégralement payées sont moins élevés pour les ouvriers (219 francs pour les ouvriers qualifiés, 205 francs pour les ouvriers non qualifiés contre 241 francs en moyenne) ; ces derniers ont, sans

doute, plus souvent recours au tiers payant total (AMG) ou partiel (consultations à l'hôpital), et consultent peut-être préférentiellement des médecins du secteur 1. Après ajustement sur l'âge et le sexe du patient, les cadres déboursent toujours 1,7 fois plus que la moyenne et 3 fois plus que les ouvriers non qualifiés.

Au total, l'augmentation observée au niveau des débours s'explique donc non seulement par une augmentation du nombre des séances, mais également par une augmentation des prix de ces séances : 262 francs chez les cadres et professions intellectuelles versus 205 francs chez les ouvriers non qualifiés.

**Graphique 49**  
**Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

### 3.2.3. Les personnes à très bas revenu par unité de consommation déboursent moins pour les consultations tant de généralistes que de spécialistes

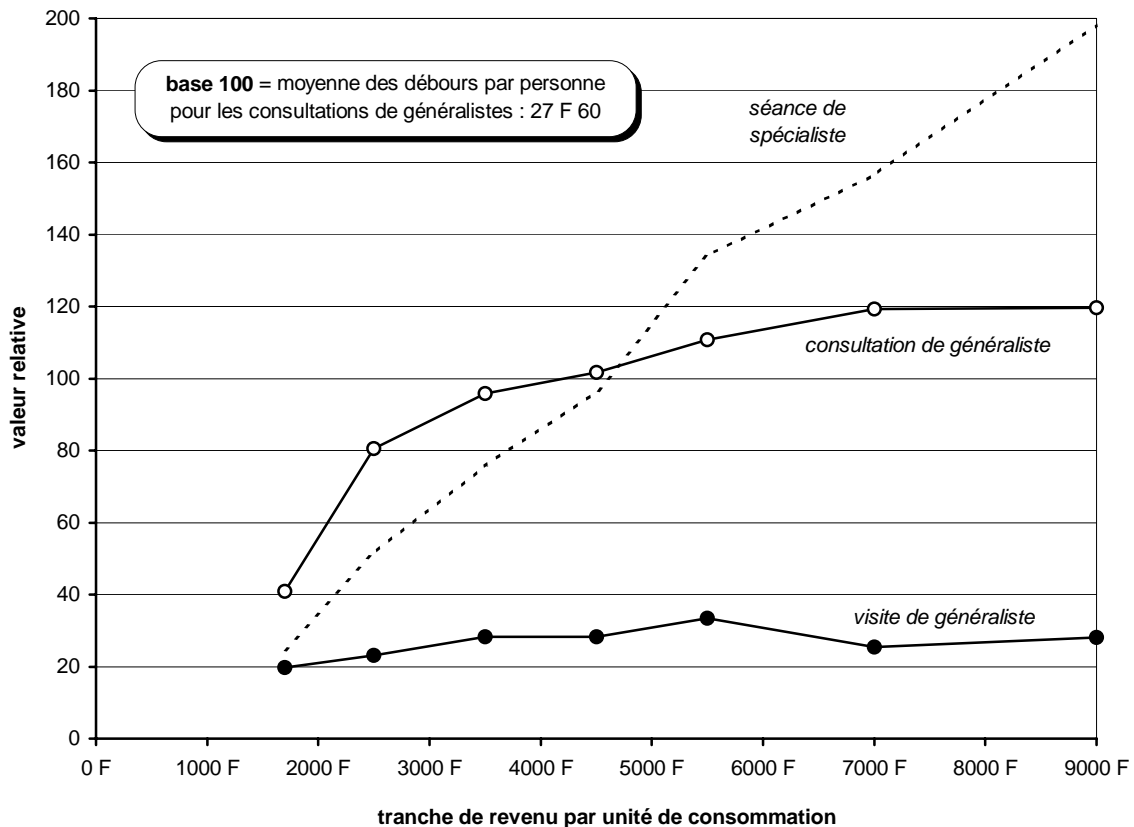
Les débours effectués pour des séances de généralistes au domicile sont indépendants du revenu par unité de consommation, alors que ceux des consultations de généralistes augmentent avec le revenu (Cf. Graphique 50).

Pour les soins de spécialistes les écarts du débours selon le revenu persistent même si l'on tient compte de la structure par âge et sexe : les indices redressés varient en effet de 0,24 à 1,55 (Cf. Rapport annexe Tableau 48 bis).

Par contre, l'élimination de l'âge et du sexe fait apparaître un faible débours en visite de généraliste pour les personnes à très bas revenu par unité de consommation (indice 0,80). Notons également que les prix des séances intégralement payées sont les plus bas pour les personnes à faible revenu.

Enfin, en nombre de séances, les personnes à très bas revenu restent les plus faibles consommatrices, tant de soins de généralistes que de spécialistes (respectivement indice à âge et sexe égal de 0,85 et 0,62 pour la tranche de revenu par unité de consommation la plus basse).

**Graphique 50**  
**Débours relatif en soins de médecin selon le revenu par unité de consommation**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### **3.2.4. Les malades exonérés du ticket modérateur consultent et déboursent beaucoup plus**

Un malade exonéré du ticket modérateur débourse 46 % de plus pour des soins de médecin qu'une personne non exonérée (valeur relative de 344 et 235). Toutefois, cet écart est sensiblement réduit si l'on tient compte du fait que les personnes exonérées sont nettement plus âgées (indice redressé par âge et sexe 1,09 et 0,99).

Les personnes exonérées du ticket modérateur déboursent 15 % de plus en consultation de généraliste et 138 % de plus en visite de généraliste que les personnes non exonérées. Après ajustement sur l'âge et le sexe du patient, la tendance observée pour les consultations de généralistes s'inverse. En effet, les personnes exonérées du ticket modérateur déboursent moins en consultation de généraliste que les personnes non exonérées (respectivement indice à 0,90 et 1,02). A âge et sexe comparable, l'écart observé entre personnes exonérées et personnes non exonérées reste important pour les visites de généralistes (respectivement indice à 1,34 et 0,93).

Pour les soins de spécialistes l'écart de débours est de 54 %. Les indices de débours de séances de spécialistes, à âge et sexe égal, restent différents, les personnes exonérées du ticket modérateur ont un indice à 1,20 contre 0,98 pour les non exonérées.

En nombre de séances par contre, l'écart reste important après élimination de l'effet de l'âge et du sexe, l'indice pour les personnes exonérées du ticket modérateur est de 1,48 pour les séances de médecins, 1,22 pour les consultations de généralistes, 1,56 pour les visites de généralistes et 1,79 pour les séances de spécialistes.

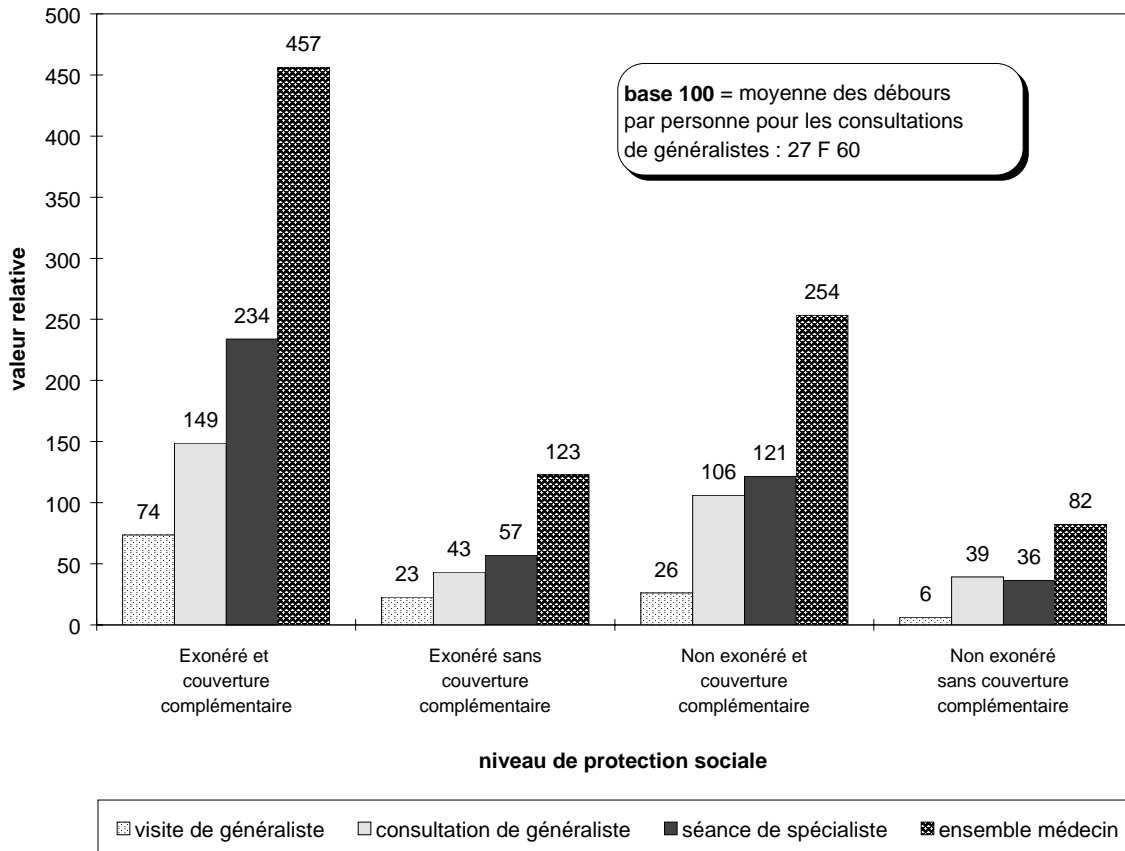
Enfin, après ajustement sur l'âge et le sexe, la différence de prix des séances de médecins pour les personnes exonérées et non exonérées est très faible. On ne trouve pas non plus de différence pour les visites à âge et sexe égal. A contrario, le prix des consultations de généralistes et des séances de spécialistes des personnes exonérées du ticket modérateur est légèrement inférieur au prix de ces séances chez les personnes non exonérées (indice des consultations de généralistes 0,95 et indice des séances de spécialistes 0,94).

### **3.2.5. Les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire consultent et déboursent moins**

Pour les soins de généralistes, les personnes possédant une couverture complémentaire déboursent 2,7 fois plus que celles qui n'en disposent pas (valeur relative 139 et 51) ; elles déboursent pratiquement 3 fois plus pour les soins de spécialistes (130 et 44). Au total, le débours des personnes possédant une couverture complémentaire est 2,8 fois plus élevé que le débours de celles qui n'en possèdent pas (Cf. Graphique 51).

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

**Graphique 51**  
**Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon la couverture sociale**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Etant donné leur grand nombre, les bénéficiaires du régime général ont un débours par personne en soins de médecins proche de la moyenne. Les personnes bénéficiaires de la CANAM ont le débours le plus élevé et celles de la MSA, le moins élevé.

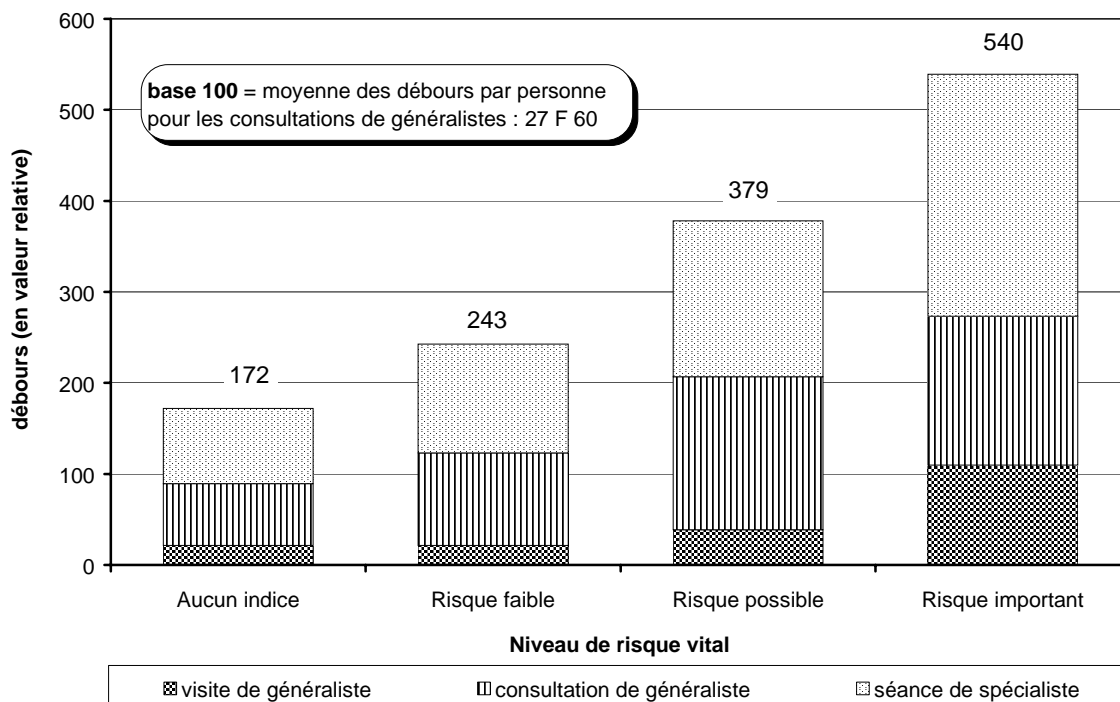
**3.2.6. Le débours par personne en soins de médecin augmente avec le risque vital et le degré d'invalidité**

Les personnes ayant un risque important sur le plan vital déboursent trois fois plus en séances de médecins que les personnes n'ayant aucun indice de risque vital. Ce rapport est maximum pour les visites de généralistes, les personnes ayant un risque important sur le plan vital déboursant 5 fois plus que celles n'ayant aucun indice de risque vital (Cf. Graphique 52). Après ajustement sur l'âge et le sexe, les écarts sont atténués. Pour les séances de médecins, les personnes ayant un risque important sur le plan vital ne déboursent plus que 1,6 fois plus que personnes n'ayant aucun indice de risque vital, et pour les visites de généralistes 2 fois plus.

Le débours pour des séances de médecins augmente également avec le degré d'invalidité. Les personnes grabataires ou très dépendantes ont un débours très important de visites de généraliste, en valeur relative 206 contre 22 pour les individus n'ayant pas de gêne, soit 9 fois plus (Cf. Graphique 53). A âge et sexe égal, les indices sont de 2,42 pour les personnes grabataires ou très dépendantes et 0,92 pour celles n'ayant pas de gêne. Le débours pour les visites de généralistes est 3 fois plus élevé pour les personnes ayant une activité restreinte que pour celles non gênées ou gênées de manière infime ; après ajustement par âge et par sexe cet écart se réduit à 1,4.

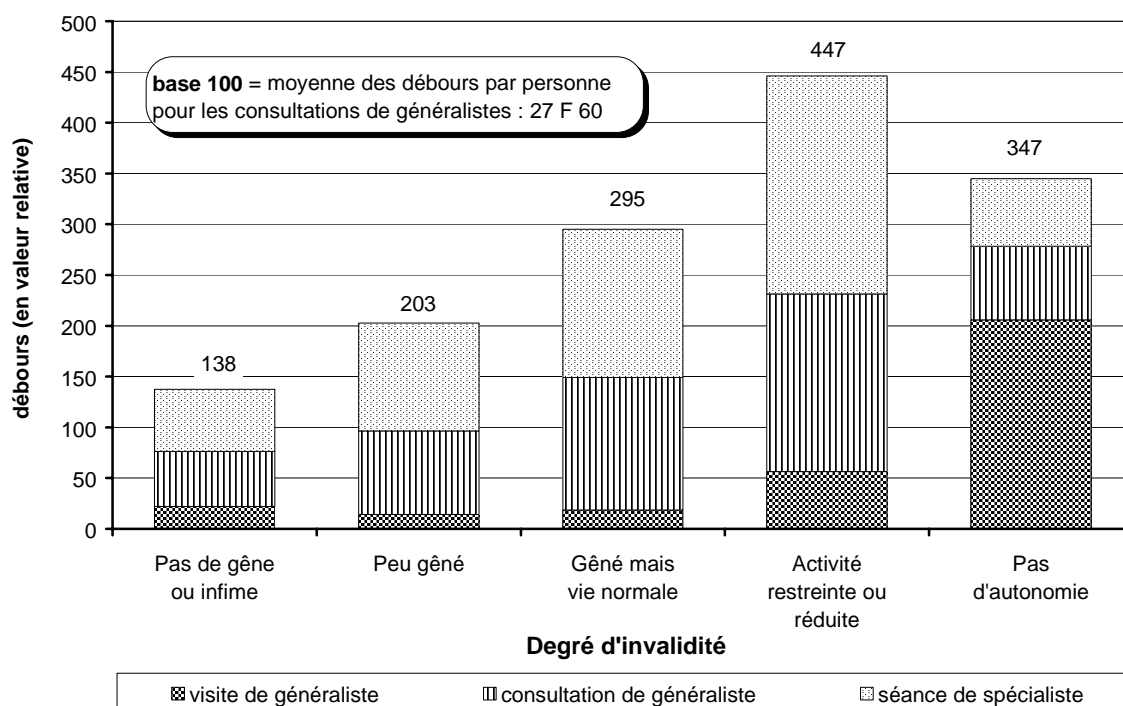


**Graphique 52**  
**Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau de risque vital**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 53**  
**Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le degré d'invalidité**  
 France 1998



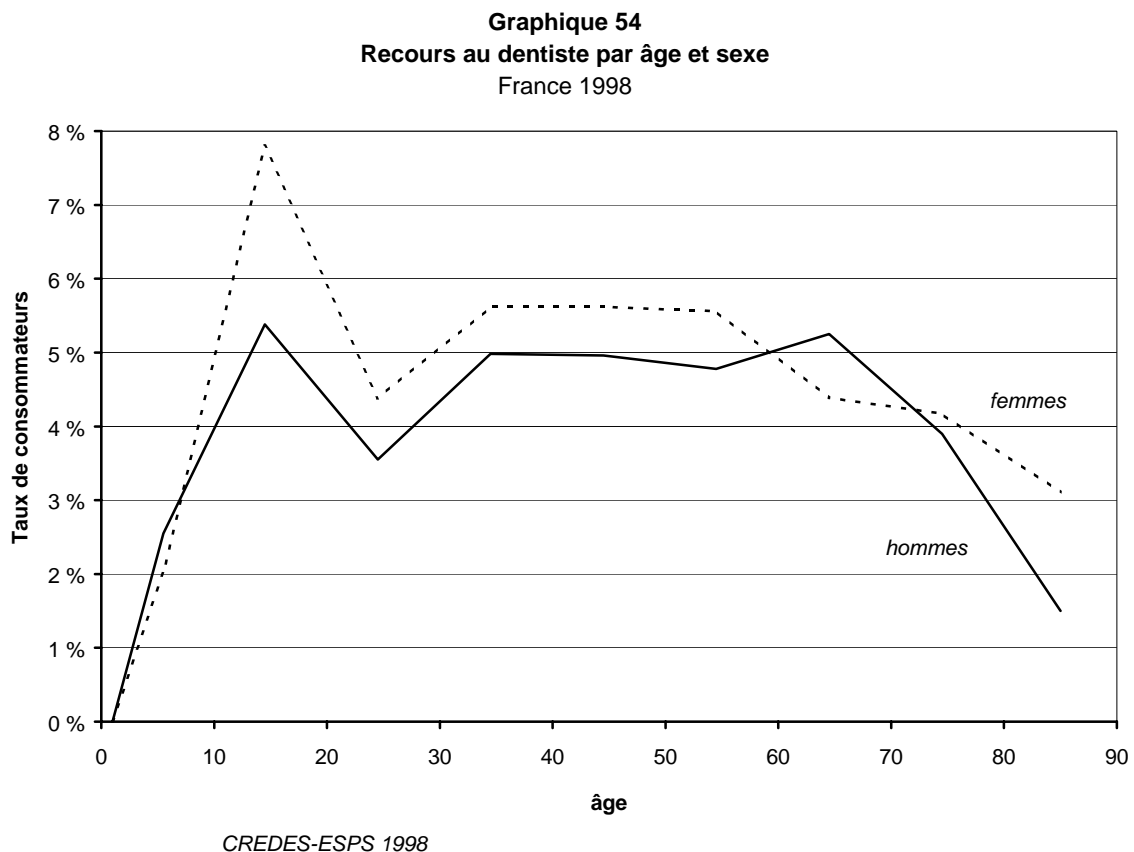
CREDES-ESPS 1998

### 3.3. Les soins dentaires

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

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

Ce sont les enquêtés de 10 à 19 ans qui déclarent le plus souvent avoir eu recours à un dentiste (taux de consommateurs : 7 %). Notons la diminution sensible des recours au dentiste des jeunes adultes (20-29 ans), aussi marquée pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes. Enfin entre 10 et 60 ans, les femmes ont plus souvent recours au dentiste que les hommes (Cf. Graphique 54 et Rapport annexe Tableau 49).

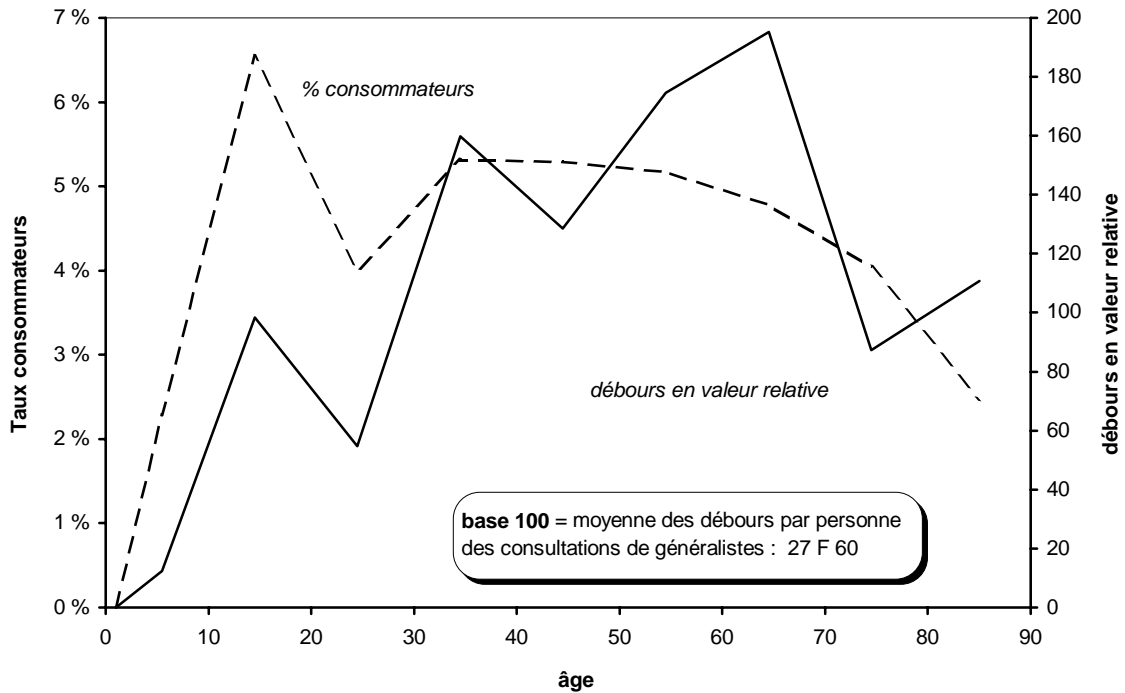


Le débours est en général un bon indicateur de l'intensité et de la quantité des soins de dentistes car il est proche de la dépense réelle. En effet, l'aspect réglementaire des tarifs des prothèses et des soins associés rend les dépassements pratiquement généralisés pour ce type de traitement. De plus,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

En moyenne, le débours relatif pour les soins dentaires est de 111, soit environ la moitié du débours pour des soins de médecins. Il est cependant extrêmement dispersé et les moyennes doivent être examinées avec prudence. Le profil des débours de soins dentaires en fonction de l'âge diffère sensiblement de celui du recours aux soins de médecins. Chez les enfants, le débours quasi nul avant 10 ans, subit un pic entre 10 et 19 ans correspondant aux soins d'orthodontie. Les débours les plus élevés s'observent entre 50 et 69 ans, ceci est à mettre en relation avec la pose fréquente de prothèses chez ces personnes. A noter entre 30 et 40 ans, un pic peut-être lié aux premiers soins prothétiques (Cf. Graphique 55).

Notons que les femmes ont un peu plus souvent recours au dentiste que les hommes mais que leurs débours sont comparables.

**Graphique 55**  
**Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

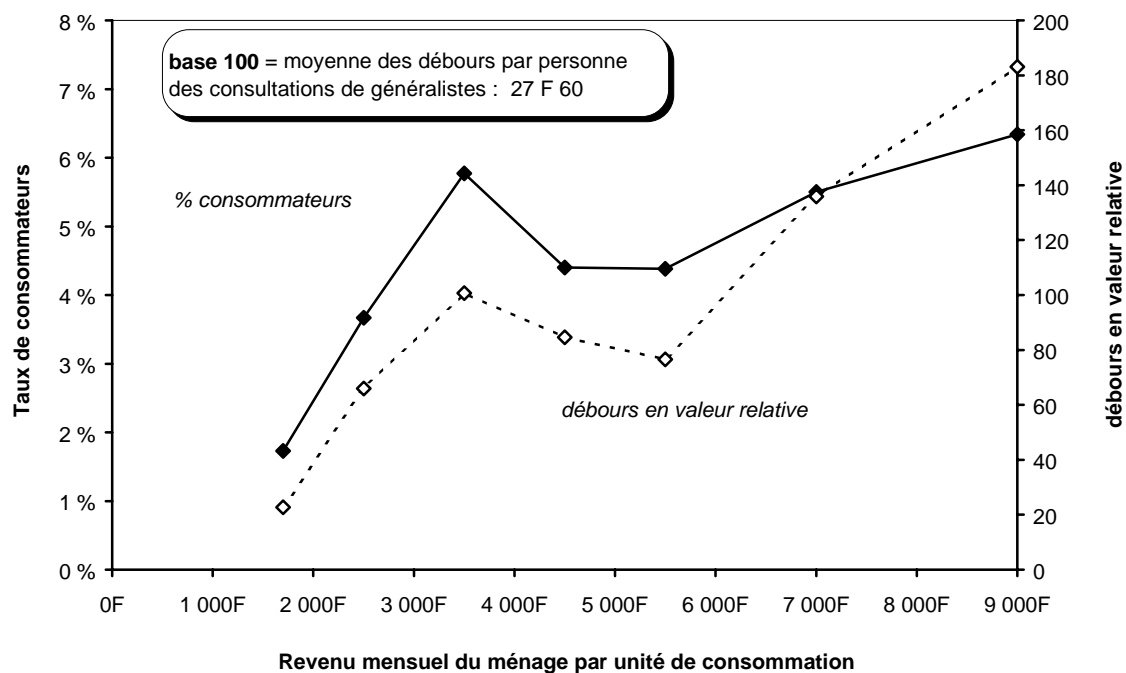
### 3.3.2. Un impact très fort des variables économiques sur la consommation de soins dentaires

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

Ce faible remboursement des prothèses dentaires explique en partie que les personnes sans couverture complémentaire gardant à leur charge l'intégralité du ticket modérateur et des dépassements aient nettement moins souvent recours au dentiste que les autres (3 % en un mois contre 5 %) et que leur débours en soins dentaires soit quatre fois et demi plus faible.

Cette importance de la charge financière conduit à observer une forte croissance du recours au dentiste et surtout du débours quand augmente le revenu par unité de consommation (Cf. Graphique 56).

**Graphique 56**  
**Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le revenu par unité de consommation**  
 France 1998



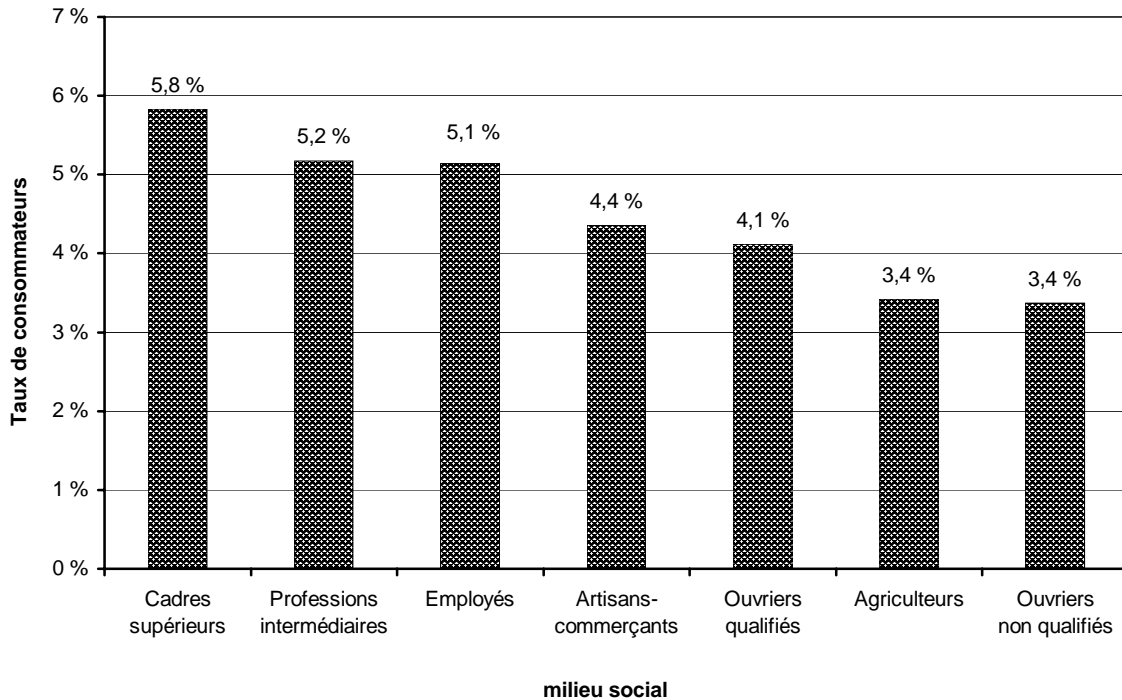
CREDES-ESPS 1998

### 3.3.3. Les ménages d'ouvriers ont le moins souvent recours au dentiste

Ce sont les membres des ménages dont la personne de référence est ouvrier non qualifié qui ont le moins souvent recours au dentiste et qui déboursent le moins pour ces soins alors que les membres des ménages dont la personne de référence est cadre ou exerce une profession intermédiaire ont le plus souvent recours au dentiste et déboursent le plus. Les artisans-commerçants ont un débours élevé pour un taux de recours moyen (Cf. Graphique 57).

Parallèlement, les personnes protégées par la MSA et la CANAM ont un taux de recours au dentiste plus faible que celles protégées par le régime général. Le débours en soins de dentistes est le plus important pour les personnes protégées par la MSA (en valeur relative 48), puis par le régime général (en valeur relative 31) et enfin la CANAM (en valeur relative 10).

**Graphique 57**  
**Pourcentage de recours au dentiste selon le milieu social**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### 3.4. Quels sont les différents modes de recours au médecin

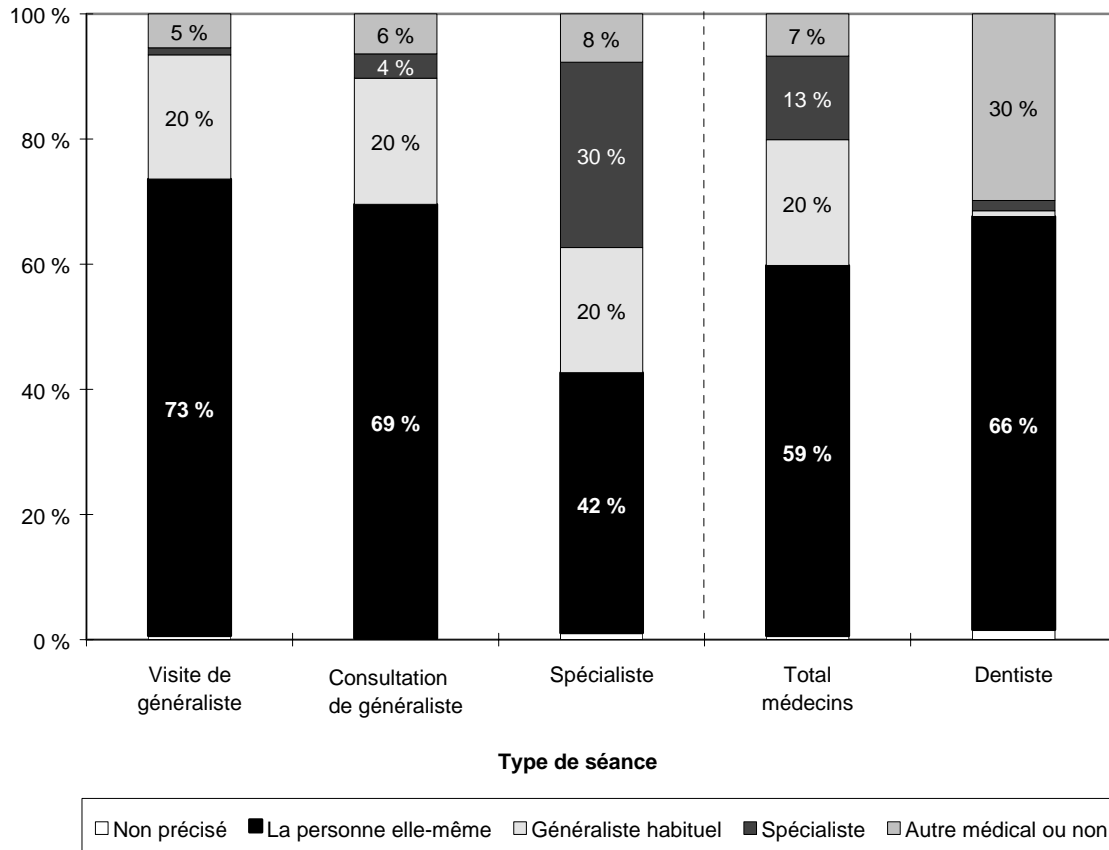
Pour chaque séance déclarée dans le carnet de soins, il est demandé à l'enquêté « qui lui a conseillé la séance ». Cinq choix lui sont alors proposés : lui-même, son généraliste habituel, un médecin spécialiste ou une autre personne (un autre généraliste, dentiste, chirurgien, hôpital, entourage ou famille...)

#### Réserves sur la variable « Qui a conseillé ? »

Il existe pour cette variable un biais possible qui résiderait dans l'interprétation des modalités proposées. En effet, la modalité « personne » peut regrouper deux types de réponses. Tout d'abord, les individus qui n'ont réellement pas été conseillés pour la séance et d'autre part, les individus qui sont suivis régulièrement pour le même motif. C'est notamment le cas pour les séances de généralistes, mais aussi de spécialistes, où les patients reviennent régulièrement pour un renouvellement d'ordonnance. Il peut y avoir, dans ces cas, ambiguïté dans la réponse entre les modalités « personne », « un médecin généraliste » et « un médecin spécialiste ».

Dans 6 cas sur 10, les enquêtés répondent que la séance n'a été conseillée par personne. Les deux réponses les plus fréquemment données sont ensuite, le généraliste habituel dans 20 % des cas et un spécialiste (13 %) (Cf. Rapport annexe Tableau 50 et Graphique 58).

**Graphique 58**  
**Répartition des séances selon les personnes qui les ont conseillées**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Plus de 95 % des séances de généralistes sont soit le fait du patient lui-même (ou de son entourage), soit le fait du généraliste lui-même qui a demandé à son patient de revenir consulter. On peut donc dire que la quasi totalité de l'activité des généralistes est liée à la relation directe entre le généraliste et son patient. Pour le reste, 2,5 % des séances de généralistes ont pour origine un spécialiste.

Parmi ces séances, certaines correspondent à des patients ayant consulté le spécialiste à la demande du généraliste concerné, et d'autres correspondent à des patients ayant consulté spontanément le spécialiste, ce dernier souhaitant, pour diverses raisons, que ce patient consulte un généraliste.

Les autres modes de recours des patients au généraliste sont extrêmement rares : l'école ou la crèche 0,4 % des séances, un autre généraliste 0,4 %, l'hôpital 0,2 %, tout comme les entreprises ou les autres centres de santé.

Le recours au spécialiste à l'initiative des patients varie fortement selon la spécialité ; les pédiatres, ophtalmologues et dermatologues ont les taux de recours à l'initiative du patient les plus élevés (plus de 6 séances sur 10), suivis par les gynécologues (57 % des séances) ; quant aux taux les plus bas, ils s'observent pour les cardiologues, les chirurgiens, les stomatologues et les radiologues (moins de 2 séances sur 10).

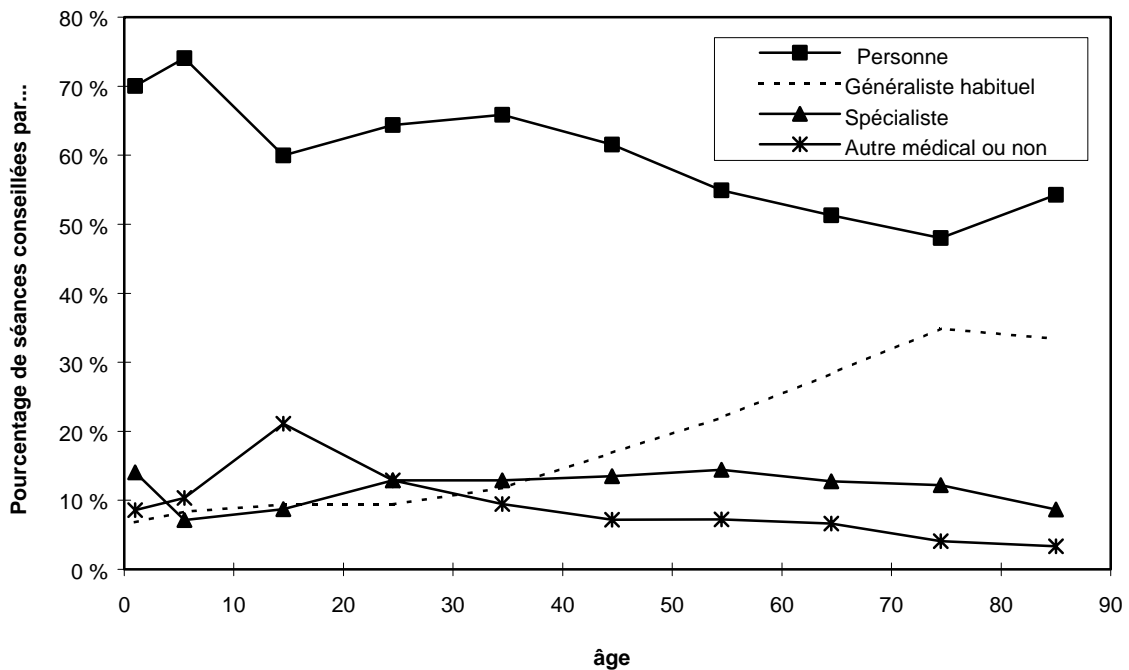
Près de 30 % des séances de spécialiste sont conseillées par un spécialiste. Parmi ces séances et quelle que soit la spécialité, il s'agit très souvent du spécialiste lui-même qui a demandé à son patient de revenir consulter.

A l'inverse des séances de généralistes, presque 30 % des séances de spécialistes ont pour origine un acteur différent du spécialiste lui-même et de son patient.

Plus de 21 % des séances de spécialistes ont pour origine des patients ayant déclaré avoir été adressés par leur généraliste ; 20 % par leur généraliste habituel et 1,4 % par un autre généraliste. Les autres modes de recours sont relativement peu fréquents. A noter toutefois que les hôpitaux sont à l'origine de 1 % des séances de spécialistes, tout comme d'ailleurs les dentistes.

Selon l'âge des patients (Cf. Graphique 59), on constate, passé 20 ans, une symétrie entre les courbes « personne ne m'a conseillé cette séance » et « mon généraliste habituel ». Il semblerait que plus le patient avance en âge et plus ses séances lui sont conseillées par son généraliste habituel. Entre 10 et 20 ans, on a une baisse importante des séances qui sont du propre chef du patient, Parallèlement, ce creux est compensé par un pic des séances conseillées par quelqu'un d'autre qu'un généraliste ou un spécialiste. Si l'on regarde plus dans le détail, on constate que ce pic s'explique notamment par une augmentation des séances conseillées par un dentiste pour cette classe d'âge.

**Graphique 59**  
**Répartition des séances par âge selon la nature du conseil**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

## **4. Biens médicaux**

---





## 4. La consommation de biens médicaux en 1998

---

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

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

Les produits acquis pour une personne précise du ménage engendrent une dépense en biens médicaux de 111 francs par personne durant le mois d'enquête : 96 francs sont liés à l'achat de produits pharmaceutiques, et 25 francs à l'achat d'appareils, accessoires et pansements. Par ailleurs, les produits acquis pour plusieurs personnes du ménage représentent une dépense mensuelle d'environ 75 centimes par personne.

### 4.1. La consommation pharmaceutique<sup>43</sup>

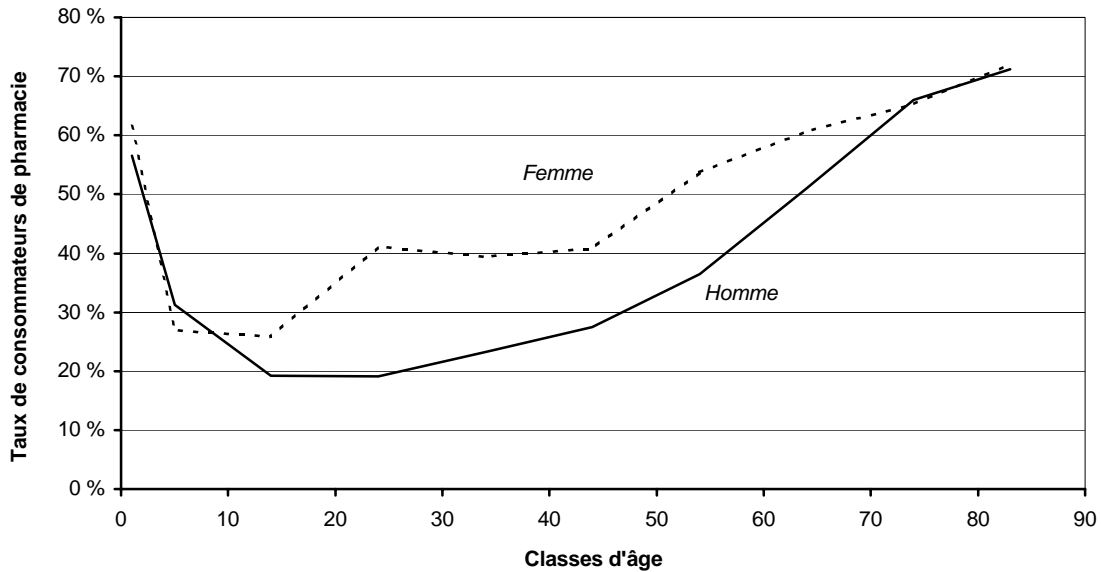
#### 4.1.1. 37 % des personnes interrogées consomment au moins un médicament au cours du mois d'enquête (Cf. Rapport annexe Tableau 51).

Tous âges confondus, la proportion de consommateurs est plus élevée chez les femmes (43 %) que chez les hommes (31 %). Ce taux varie avec l'âge : très élevé pour les bébés (59 %), il diminue pour les enfants de moins de 10 ans (29 %) et ceux de 10 à 19 ans (22 %). A partir de 20 ans, le taux de consommateurs augmente avec l'âge pour atteindre 72 % chez les 80 ans et plus.

---

<sup>43</sup> Pour cette exploitation, nous n'avons pas tenu compte d'un individu dont les consommations pharmaceutiques, extrêmement importantes en valeur, entraînent des distorsions importantes des résultats, en particulier pour des modalités de variables dont les effectifs sont peu importants (RMI, AMG, risque vital important, invalidité, etc..). Notons que si on inclut cet individu dans l'échantillon, la dépense moyenne en produits pharmaceutiques est de 97,5 francs et que les taux de consommateurs sont inchangés.

**Graphique 60**  
**Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois, selon l'âge et le sexe**  
France 1998 (pharma98.xls/ Tx cons âge sexe détaillé Graph)



CREDES-ESPS 1998

Les taux de consommateurs les plus faibles s'observent pour les femmes entre 10 et 19 ans (26 %) et pour les hommes entre 10 et 29 ans (19 %). Au-delà de 39 ans, le taux de consommateurs des hommes augmente régulièrement avec l'âge. Chez les femmes, l'allure générale de la courbe est à la hausse avec un pic entre 20 et 39 ans (Cf. Graphique 60). Sauf aux âges extrêmes, le taux de consommateurs des femmes est toujours supérieur à celui des hommes.

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

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

Le taux de consommateurs de pharmacie diminue lorsque la taille du ménage augmente : il passe de 55 % pour les foyers d'une personne à 20 % pour les foyers de six personnes et plus. Les indices à âge et sexe comparable confirment que cette baisse n'est pas liée à une variation des structures par âge et sexe selon la taille du ménage.

- ◆ Les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire maladie et les personnes non exonérées du ticket modérateur sont moins souvent consommatrices de pharmacie.

39 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois ; elles sont seulement 27 % lorsqu'elles n'en disposent pas.

61 % des malades exonérés du ticket modérateur consomment des produits pharmaceutiques en un mois contre 34 % des personnes non exonérées. Notons que la plupart des personnes exonérées du ticket modérateur le sont pour ALD.

Le taux de consommateurs des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie est moins élevé que celui des personnes qui en disposent, aussi bien parmi les malades exonérés du ticket modérateur (47 % vs 68 %), que parmi les autres personnes (20 % vs 36 %).

Tous ces écarts persistent à âge et sexe comparable des patients.

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

31 % des personnes affiliées au régime des professions indépendantes consomment de la pharmacie en un mois contre 38 % des personnes affiliées au régime général et 39 % des personnes affiliées à la MSA. A âge et sexe comparable, ce sont les personnes affiliées au régime général qui sont les plus fortes consommatrices de pharmacie (indice 1,04), alors que les ressortissants de la CANAM restent de faibles consommateurs (indice 0,65) et que ceux de la MSA, particulièrement âgés, ont en fait une consommation limitée (indice 0,82).

- ◆ L'Aide médicale influe peu sur le taux de consommateurs.

Les personnes bénéficiant de l'Aide médicale consomment aussi souvent de la pharmacie que le reste de la population. En revanche, les personnes vivant du RMI sont moins consommatrices de pharmacie que les autres (31% versus 37%) et cet écart persiste à âge et sexe comparable.

- ◆ Le taux de consommateurs de pharmacie est identique chez les chômeurs et chez les actifs.

En données brutes, comme à âge et sexe comparable, les taux de consommateurs de pharmacie en un mois des actifs et des chômeurs sont identiques, 34 et 35 %.

Les consommateurs de pharmacie sont 61 % parmi les retraités, 45 % parmi les femmes au foyer, 50 % parmi les autres inactifs et 28 % parmi les étudiants, élèves ou enfants, ou militaires du contingent.

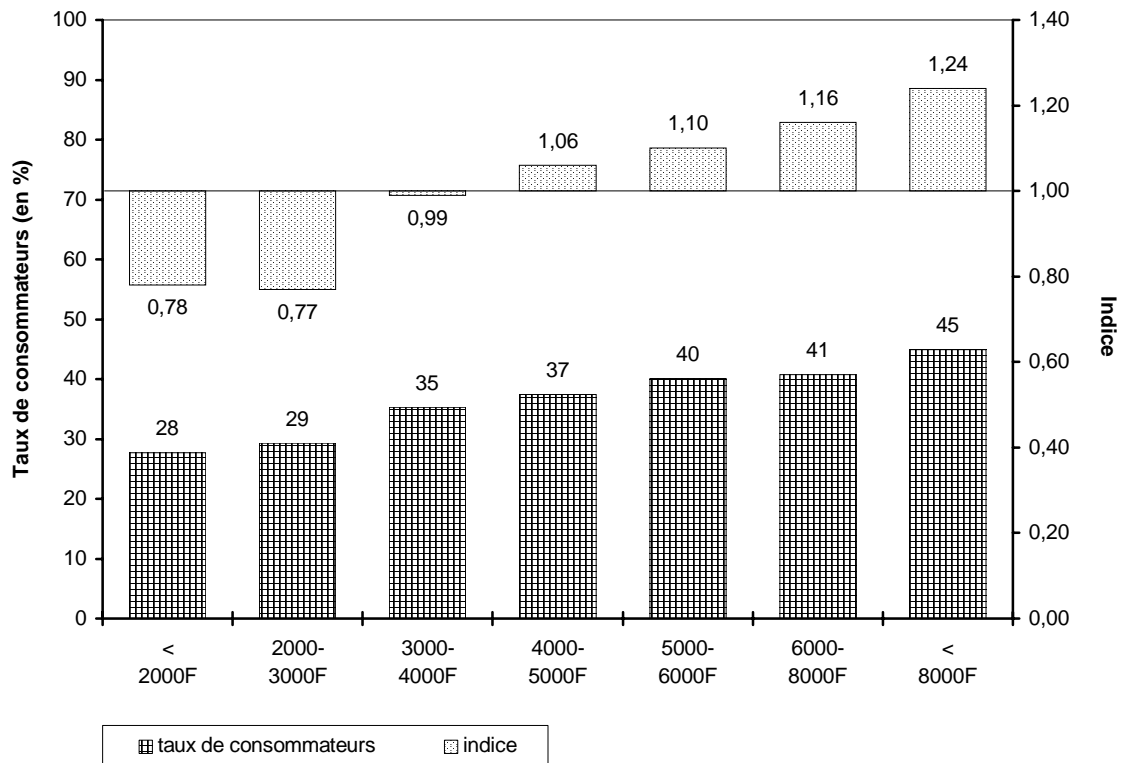
- ◆ A âge et sexe comparable, les agriculteurs et les artisans-commerçants sont les plus faibles consommateurs de pharmacie.

41 % des personnes vivant dans des ménages dont la personne de référence est cadre supérieur ou agriculteur consomment de la pharmacie en un mois ; ils sont 40 % dans les ménages de « profession intermédiaire » et 38 % dans ceux d'employé. Ce taux baisse à 34 % dans les ménages d'ouvrier qualifié et à 33 % chez ceux d'ouvrier non qualifié et d'artisan-commerçant. A âge et sexe comparable, cette hiérarchisation est modifiée : si les ménages dont le chef est cadre supérieur, cadre moyen ou employé restent très nettement les plus forts consommateurs, les agriculteurs et les artisans-commerçants deviennent les plus faibles consommateurs (indices 0,83 et 0,73).

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

28 % des personnes disposant d'un revenu par unité de consommation inférieur à 2 000 francs par mois consomment de la pharmacie en un mois (Cf. *Graphique 61*). Ce pourcentage augmente très régulièrement avec le niveau du revenu par unité de consommation pour atteindre 45 % chez les personnes disposant de plus de 8 000 francs par mois. A âge et sexe comparable, on observe la même progression, l'indice passant de 0,78 pour les plus faibles revenus par unité de consommation à 1,24 pour les tranches de revenu par unité de consommation les plus élevées.

**Graphique 61**  
**Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois,**  
**selon le niveau du revenu par unité de consommation**  
 France 1998 (pharma98.xls/ tx conso revuc)



CREDES-ESPS 1998

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

Le taux de consommateurs de pharmacie est 2,6 fois plus élevé chez les personnes présentant un risque important sur le plan vital que chez celles n'ayant aucun indice péjoratif sur le plan vital. Ce taux de consommateurs est également lié au degré d'invalidité, puisqu'il passe de 22 % chez les personnes n'ayant aucune gêne ou une gêne infime à 68 % chez les personnes n'ayant plus d'autonomie.

#### 4.1.2. Dépenses<sup>44</sup>, débours et quantités par personne augmentent avec l'âge chez les adultes (Cf. Rapport annexe, tableaux 52, 53 et 54)

En un mois, chaque personne déclare avoir acquis en moyenne 2 conditionnements<sup>45</sup> de produits pharmaceutiques, dont 1,9 est acquis sur ordonnance.

La dépense moyenne (Cf. Glossaire) est de 96 francs par personne et par mois, 92 francs pour les produits prescrits et 3,70 francs pour les produits non prescrits<sup>46</sup>. Le débours mensuel (Cf. Glossaire) est, en moyenne, de 24 francs. Le prix moyen d'un conditionnement est de 48 francs.

<sup>44</sup> En 1997, comme les années précédentes, la dépense est évaluée en affectant aux produits insuffisamment définis des prix moyens et des quantités moyennes, sur la base des produits de même type correctement informés.

<sup>45</sup> Conditionnement = boîte = unité de vente.

Comme pour les séances de médecins (Cf. encadré page 65), les montants déclarés pour la pharmacie sont certainement sous-estimés (Cf. Annexe, chapitre B2). Pour permettre toutefois de comparer les différentes catégories de personnes entre elles, nous présentons ces montants en valeur relative. Pour les débours comme pour les dépenses, la référence est la dépense moyenne totale par personne et par mois, soit 96 francs ; sa valeur relative est donc de 100. Une valeur relative de 200 représente ainsi un débours, ou une dépense, égal au double de la dépense moyenne par personne et par mois (Cf. Annexe, chapitre B3).

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

Le nombre moyen d'unités achetées en un mois est minimum (0,8) pour les 10-19 ans. Il augmente ensuite régulièrement avec l'âge pour atteindre 5,3 pour les 70-79 ans et 6 pour les 80 ans et plus. Les nourrissons sont également de forts consommateurs avec en moyenne 2,5 unités acquises par mois.

Chez les moins de 16 ans le prix moyen du conditionnement est de 33 francs. En valeur relative, le débours est de 13 et la dépense de 40. A l'opposé, chez les 65 ans et plus, le prix moyen d'un produit est de 56 francs soit 70% de plus que chez les enfants. Le débours est près de 5 fois plus élevé que celui des enquêtés de moins de 16 ans et la dépense des personnes de 65 ans et plus est 7 fois plus importante que celle des moins de 16 ans.

---

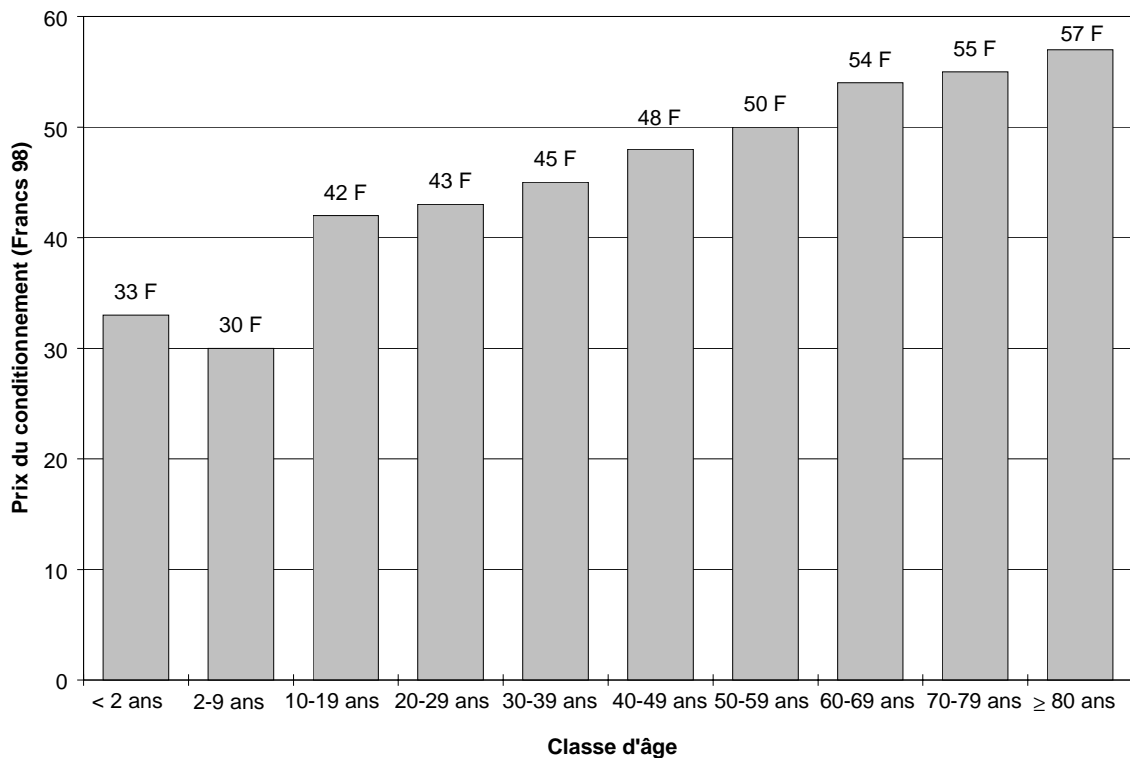
<sup>46</sup> On trouvera dans le rapport annexe un tableau concernant les produits prescrits (Cf. Rapport annexe Tableau 53) et un autre concernant les produits non prescrits (Cf. Rapport annexe Tableau 54). Dans ces tableaux sont détaillés les nombres de conditionnements acquis, les dépenses correspondantes et les prix des conditionnements. Les taux de consommateurs de produits prescrits et non prescrits sont détaillés dans le tableau 51.

Les femmes achètent en moyenne 2,4 conditionnements de produits pharmaceutiques par mois et les hommes, 1,6. Le prix moyen du conditionnement est de 45 francs chez les femmes et de 52 francs chez les hommes. En termes de débours, les montants relevés pour les femmes sont supérieurs, plus de 50 %, à ceux des hommes : respectivement 120 et 79 en valeur relative. Les écarts entre les dépenses sont moindres (27 %) avec une valeur relative de 112 pour les femmes et de 88 pour les hommes.

De 16 à 65 ans, les femmes déboursent et dépensent notablement plus pour l'acquisition de produits pharmaceutiques que les hommes (Cf. Graphique 63). Par contre, chez les enfants et les personnes de 65 ans et plus la dépense de pharmacie est peu différente selon le sexe.

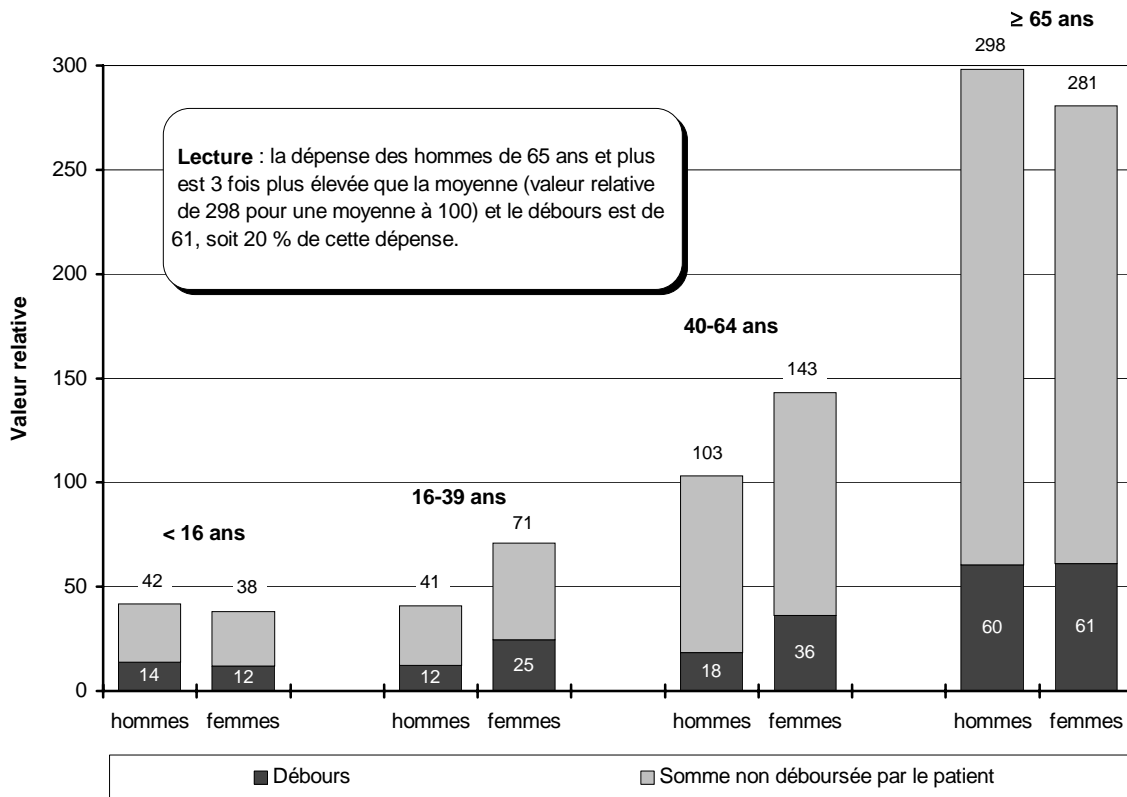
La part du débours dans la dépense décroît avec l'âge. Il représente 32 % de la dépense pour les moins de 16 ans, 33 % pour les 16-39 ans, puis diminue pour atteindre 22 % pour les 40-64 ans. Chez les personnes les plus âgées, le débours représente 21 % de la dépense. Malgré cette baisse de la part du débours dans la dépense avec l'âge, il faut noter, comme nous l'avons déjà dit plus haut, qu'en valeur, le montant payé par les personnes âgées est 2,4 fois plus élevé que le débours moyen de la population.

**Graphique 62**  
**Prix moyen d'un conditionnement selon l'âge**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 63**  
**Part du débours dans la dépense pharmaceutique par personne,**  
**en un mois, selon l'âge et le sexe (en valeur relative)**  
 France 1998 (Pharma98.xls/Part du débours Graph)



CREDES-ESPS 1998

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

Les malades exonérés du ticket modérateur (dont les deux tiers le sont pour maladie de longue durée) consomment en moyenne 4,8 conditionnements par mois et les personnes non exonérées du ticket modérateur en consomment 1,7. Les prix moyens des conditionnements acquis sont de 58 francs pour les personnes exonérées et de 44 francs pour les autres. Alors que les débours sont, en valeur relative, identiques chez les personnes exonérées et non exonérées, la dépense est 3 fois plus élevée que la moyenne de la population chez les personnes exonérées (valeur relative, 289).

On notera que le débours des personnes exonérées ne représente que 8 % de la dépense alors qu'il atteint 33 % pour les personnes non exonérées du ticket modérateur.

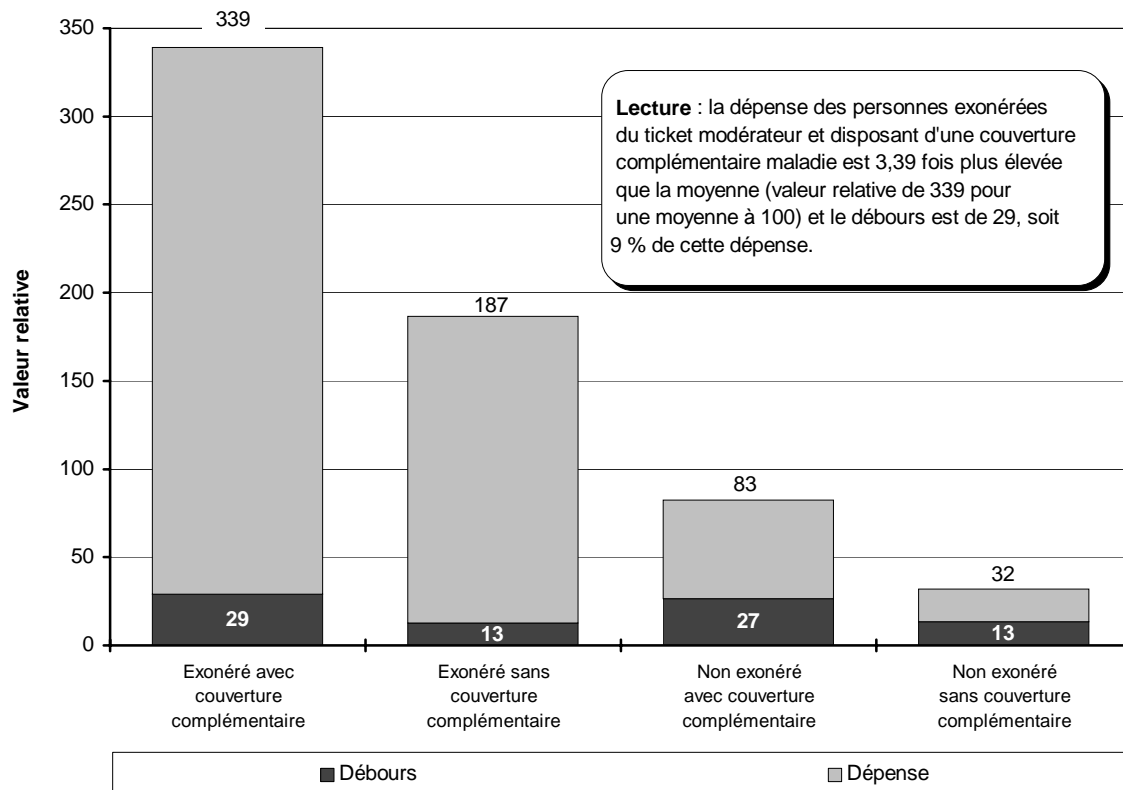
- ◆ Les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire consomment moins de pharmacie.

Les personnes possédant une couverture complémentaire consomment en moyenne 2,1 conditionnements de produits pharmaceutiques par mois alors que celles qui n'en ont pas en consomment 1,4. Le prix moyen d'un conditionnement est de 47 francs pour les personnes disposant d'une complémentaire maladie et de 51 francs pour les autres. Le débours des personnes sans couverture complémentaire est inférieur de moitié au débours moyen (54 en valeur relative) et leur dépense est inférieure de 30 % (74). Ces écarts persistent après élimination des effets de l'âge et du sexe.



Le fait de ne pas disposer d'une couverture complémentaire maladie semble freiner la consommation de pharmacie, aussi bien chez les personnes exonérées du ticket modérateur que chez les autres (Cf. Graphique 64). Parmi les personnes exonérées du ticket modérateur, celles qui disposent d'une couverture complémentaire maladie ont, en valeur relative, une dépense de pharmacie 1,8 fois plus élevée que celles qui n'en ont pas. L'écart est encore plus important pour les personnes non exonérées : celles qui bénéficient d'une couverture complémentaire ont une dépense 2,6 fois plus élevée que celles qui n'en ont pas.

**Graphique 64**  
**Débours et dépense pharmaceutique par personne, en un mois,**  
**selon la couverture sociale (en valeur relative)**  
France 1998 (Pharma97.xls/Exo et cc débours dépense Graph)



CREDES-ESPS 1998

- ◆ Les personnes vivant du RMI ou bénéficiant de l'aide médicale consomment moins de pharmacie.

En termes de conditionnements comme de dépenses, les personnes vivant du RMI ont une consommation moindre que les autres : 1,3 conditionnement par personne pour une dépense relative de 51, alors que les autres acquièrent 2 conditionnements par mois pour une dépense relative de 99. Le débours des personnes vivant du RMI ne représente que 10 % de la dépense contre 25 % pour les autres. Enfin, le prix moyen du conditionnement acquis par les personnes vivant du RMI est inférieur de 10 francs à celui des autres personnes (38 francs versus 48 francs), mais ces personnes sont aussi plus jeunes.

Les personnes bénéficiant de l'aide médicale généralisée ont une dépense de pharmacie plus faible que celles n'en bénéficiant pas ; cette moindre dépense est expliquée par un nombre de conditionnements plus faible (1,8 versus 2,0), alors que les prix moyens des conditionnements sont identiques (48 francs). Le débours ne représente que 5 % de la dépense pour les personnes bénéficiant de l'AMG contre 26 % pour les autres.

- ◆ Les personnes affiliées au régime des professions indépendantes consomment moins de pharmacie.

En valeur comme en indice, les personnes affiliées au régime des professions indépendantes consomment moins de conditionnements de pharmacie et engendrent une dépense de pharmacie moins élevée que les personnes affiliées au régime général ou au régime de la MSA. En revanche, leur débours est plus élevé que celui observé pour les autres régimes, représentant 35 % de la dépense engendrée, alors qu'il ne représente que respectivement 25 % et 15 % de la dépense des personnes affiliées au régime général et à la MSA. Enfin, les prix des conditionnements sont plus élevés pour les personnes affiliées à la MSA, 52 francs versus 48 pour le régime général et 49 pour la CANAM.

- ◆ Les ménages d'artisans - commerçants et d'ouvriers consomment moins de pharmacie.

La dépense de pharmacie la plus élevée s'observe dans le milieu des agriculteurs (qui sont aussi les plus âgés) avec une valeur relative de 142. Viennent ensuite les cadres supérieurs (115), les employés et les professions intermédiaires (104). Les autres catégories sociales ont des dépenses, en valeur relative, inférieures à la moyenne, artisans-commerçants (91), ouvriers qualifiés (90), ouvriers non qualifiés (75).

L'analyse à âge et sexe comparable permet d'affiner la comparaison des dépenses de pharmacie en fonction du milieu social. Les personnes vivant dans les ménages d'artisans - commerçants et d'ouvriers qualifiés ont la dépense de pharmacie la plus faible (indice 0,75 et 0,80). Viennent ensuite les agriculteurs (indice 0,89). Les familles d'ouvriers qualifiés, d'employés et de professions intermédiaires ont une dépense proche de la moyenne (indices 1,01 à 1,06). Enfin, les cadres supérieurs ont une dépense supérieure de 13 % par rapport à la moyenne (indice 1,13).

Les enfants, élèves et étudiants sont ceux dont la dépense mensuelle de pharmacie est la plus faible, 41 en valeur relative, soit 6,4 fois moins que celle des retraités qui est la plus élevée, 267. La valeur relative de la dépense des actifs et des chômeurs est respectivement de 75 et 96, celle des femmes au foyer de 128 et celle des autres inactifs (qui le sont souvent pour raison de santé) est de 211.

Comme la dépense, le nombre de conditionnements acquis, est plus élevé que la moyenne pour les membres des ménages d'agriculteurs (2,6), d'employés, de cadres supérieurs et de professions intermédiaires (2,2 chacun). Il est plus faible que la moyenne dans les ménages d'artisans-commerçants (1,8), d'ouvriers qualifiés (1,8) et non qualifiés (1,6). Quant au débours, il varie de manière encore plus nette avec la catégorie sociale. Le débours représente 36 % de la dépense chez les cadres supérieurs, 30 % chez les artisans-commerçants et 28 % chez les membres de ménages de profession intermédiaire. A l'opposé, il représente seulement 17 % de la dépense chez les ouvriers qualifiés et 14 % chez les agriculteurs.

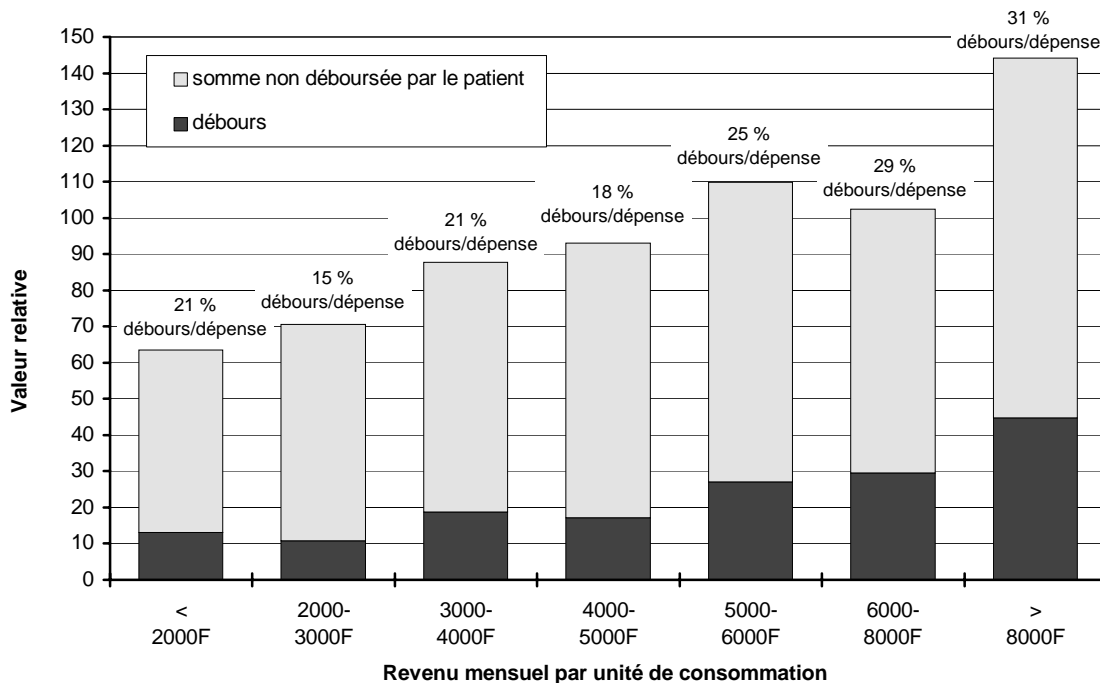
Soulignons enfin que le prix des conditionnements est de 44 francs chez les ouvriers non qualifiés, de 51 francs pour les cadres supérieurs et de 53 francs pour les agriculteurs.

- ◆ La consommation pharmaceutique augmente avec le niveau du revenu par unité de consommation<sup>47</sup>.

La dépense de pharmacie passe, en valeur relative, de 62 pour les personnes disposant d'un revenu par unité de consommation de moins de 2 000 francs à 142 pour celles disposant d'un revenu par unité de consommation de plus de 8 000 francs. Cette croissance persiste à âge et sexe comparable.

De même, le rapport débours/dépense augmente avec le niveau du revenu par unité de consommation, passant de 15 % pour les revenus compris entre 2 000 et 3 000 francs par unité de consommation à 31 % pour les classes de revenus les plus élevés (Cf. Graphique 65).

**Graphique 65**  
**Part du débours dans la dépense de pharmacie, selon le niveau de revenu**  
**(en valeur relative)**  
France 1998 (Pharma97.xls/deb-dep revuc graph)



**Lecture :** les personnes dont le revenu est compris entre 2000 et 3000 francs par UC dépensent 30 % de moins que la moyenne (valeur relative de 71 pour une moyenne à 100) et le débours est de 11, soit 16 % de leur propre dépense.

CREDES-ESPS 1998

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

La dépense mensuelle en produits pharmaceutiques est 12 fois plus importante chez les personnes présentant un risque important sur le plan vital que chez celles n'ayant aucun indice péjoratif sur le plan vital, respectivement 448 et 38 en valeur relative.

<sup>47</sup> Cf. Glossaire.

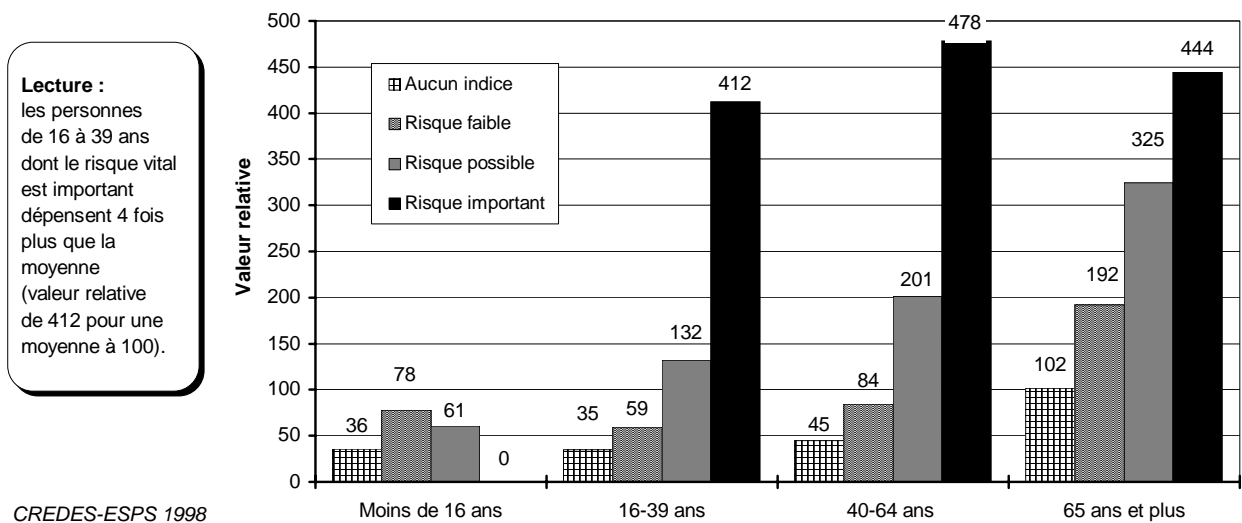
L'écart est aussi très important sur le plan de l'invalidité, puisque les personnes n'ayant plus d'autonomie dépensent 14 fois plus en produits pharmaceutiques que les personnes n'ayant aucune gêne (respectivement 385 et 28).

L'augmentation de la dépense de pharmacie en fonction de l'aggravation du risque vital et de l'invalidité s'observe à tous les âges (Cf. Graphiques 66, 67 et Rapport annexe Tableau 55).

De même, le prix moyen du conditionnement croît avec le niveau du risque vital. Il passe de 34 francs pour les personnes ne présentant aucun risque vital à 66 francs pour celles dont le risque vital est important. Il augmente aussi avec le degré d'invalidité et passe de 33 francs pour les personnes n'ayant aucune gêne à 61 francs pour celles n'ayant aucune autonomie.

**Graphique 66**  
**Dépense mensuelle de pharmacie par personne selon l'âge et le niveau du risque vital**  
 (en valeur relative)

France 1998 Pharma98.xls / Dép pharma par RV

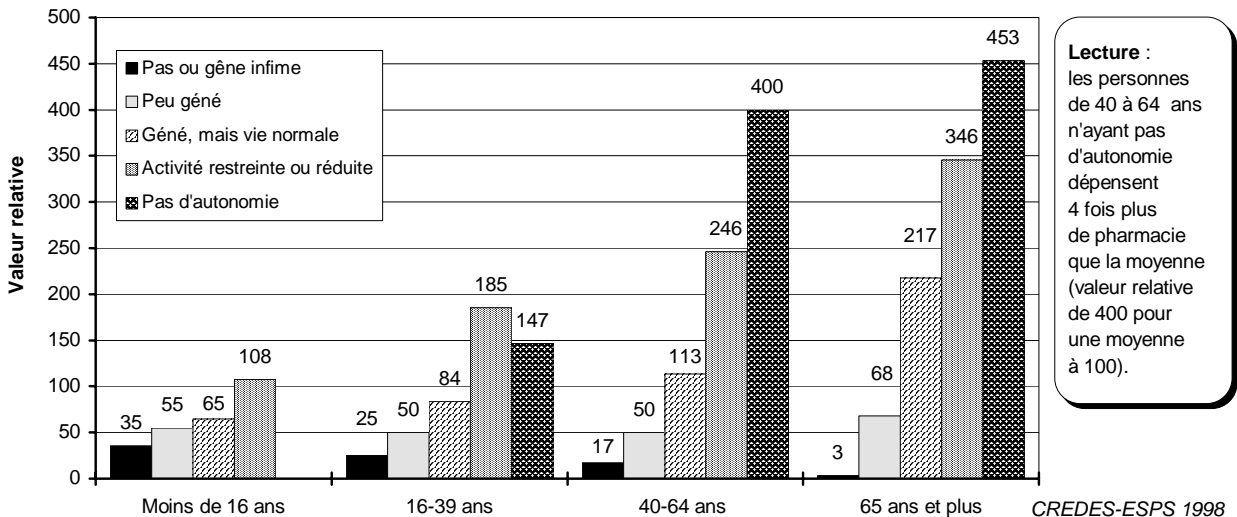


**Lecture :**  
 les personnes de 16 à 39 ans dont le risque vital est important dépensent 4 fois plus que la moyenne (valeur relative de 412 pour une moyenne à 100).

CREDES-ESPS 1998

**Graphique 67**  
**Dépense mensuelle de pharmacie selon l'âge et le degré d'invalidité**  
 (en valeur relative)

France 1998 (Pharma98.xls/ Dép pharma par INV)



**Lecture :**  
 les personnes de 40 à 64 ans n'ayant pas d'autonomie dépensent 4 fois plus de pharmacie que la moyenne (valeur relative de 400 pour une moyenne à 100).

CREDES-ESPS 1998

#### 4.1.3. Les médicaments cardio-vasculaires sont les plus consommés et engendrent la plus forte dépense

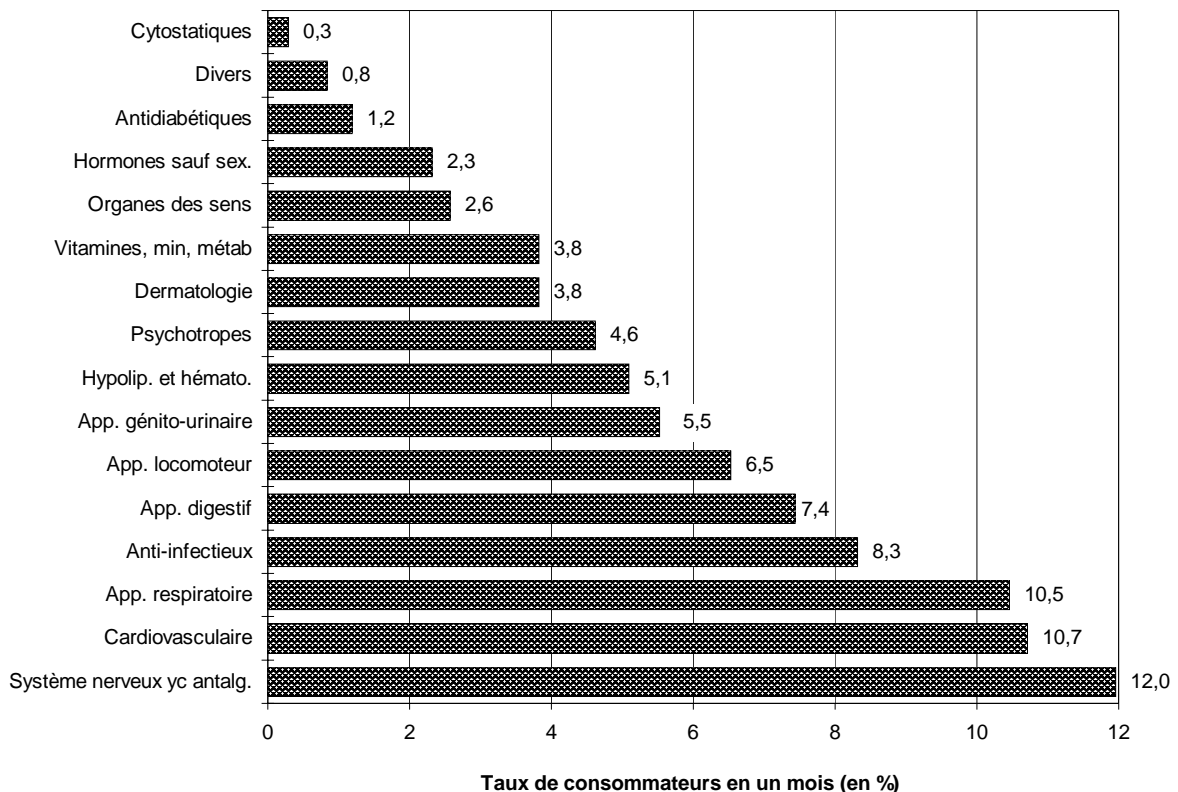
La classification utilisée est la classification EPHMRA<sup>48</sup> à laquelle ont été apportées quelques modifications :

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

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

12 % des enquêtés acquièrent en un mois au moins une boîte de médicaments appartenant à la classe des « antalgiques et médicaments du système nerveux », 10,7 % au moins un médicament cardiovasculaire, 10,5 % au moins un médicament à visée respiratoire, et 8,3 % au moins un produit anti-infectieux (Cf. Graphique 68 et Rapport annexe Tableau 56 et 57).

**Graphique 68**  
**Taux de consommateurs de produits pharmaceutiques en un mois**  
**selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques**  
France 1998 ( Pharma98.xls. Ephemra taux cons Graph



CREDES-ESPS 1998

<sup>48</sup> Il s'agit de la classification de l'European Pharmaceutical Marketing Research Association. Elle est couramment utilisée par l'industrie pharmaceutique.

La consommation de produits à visée digestive concerne 7,4 % des personnes, celle des médicaments de l'appareil locomoteur 6,5 %. Viennent ensuite les médicaments de l'appareil génito-urinaire, 5,5 %, les médicaments hypolipémiants et à visée hématologique, 5,1 %, les psychotropes, 4,6 % et les médicaments à visée dermatologique ainsi que les vitamines, 3,8 %. Le taux de consommateurs le plus faible est relevé pour les médicaments cytostatiques, 0,3 %.

◆ Les médicaments cardiovasculaires sont les plus consommés en un mois.

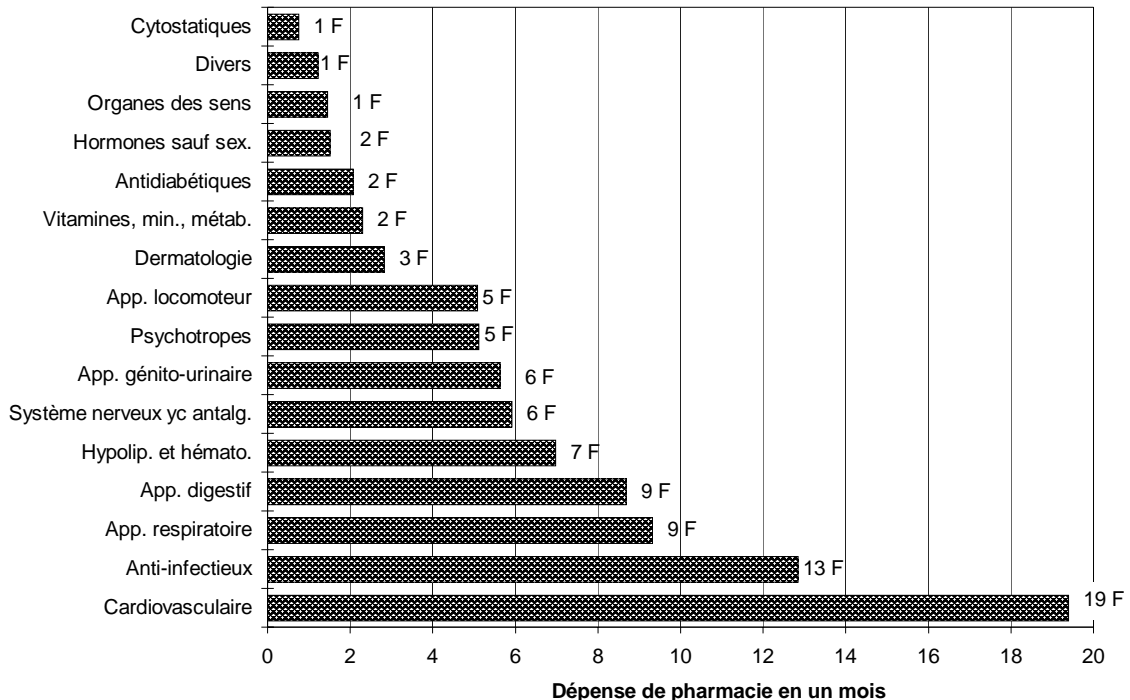
En un mois, 30 boîtes de médicaments cardiovasculaires sont acquises par 100 personnes. Viennent ensuite les médicaments du système nerveux et les antalgiques, 25 boîtes pour 100 personnes, ceux de l'appareil respiratoire, 24 boîtes, les anti-infectieux, 18 boîtes et les médicaments de l'appareil digestif, 17 boîtes.

◆ Les médicaments à visée cardiovasculaire engendrent la plus forte dépense de pharmacie.

En 1998, 21 %<sup>49</sup> de la dépense mensuelle de pharmacie est liée à des médicaments cardiovasculaires, 14 % à des médicaments anti-infectieux, 10 % à des médicaments de l'appareil respiratoire et 9,5 % à des médicaments de l'appareil digestif. Ces quatre classes de médicaments engendrent à elles seules 55 % de la dépense totale de pharmacie.

En termes financiers, la dépense pour des produits à visée cardiovasculaire est de 19 francs par mois, celle des anti-infectieux de 13 francs et celle des médicaments de l'appareil respiratoire, comme de l'appareil digestif de 9 francs (Cf. Graphique 69).

**Graphique 69**  
**Dépense pharmaceutique par personne en un mois**  
**selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques**  
France 1998 ( Pharma98.xls. Ephemra dépense Graph



CREDES-ESPS 1998

<sup>49</sup> A noter que ce pourcentage est calculé par rapport aux produits pharmaceutiques où une classe EPHMRA a pu être affectée.

21 % de la dépense en médicaments cardiovasculaires a pour origine les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, 18 % les produits antivariqueux ou antihémorroïdaires, 14 % les médicaments appartenant à la classe « thérapie cardiaque », 14 % les vasodilatateurs périphériques et cérébraux, 13 % les antagonistes du calcium, et 10 % les bêtabloquants (Cf. Rapport annexe Tableau 57).

40 % de la dépense des médicaments de l'appareil respiratoire est liée aux antiasthmatiques et 23 % aux antitussifs.

73% de la dépense en produits du système nerveux est liée aux analgésiques.

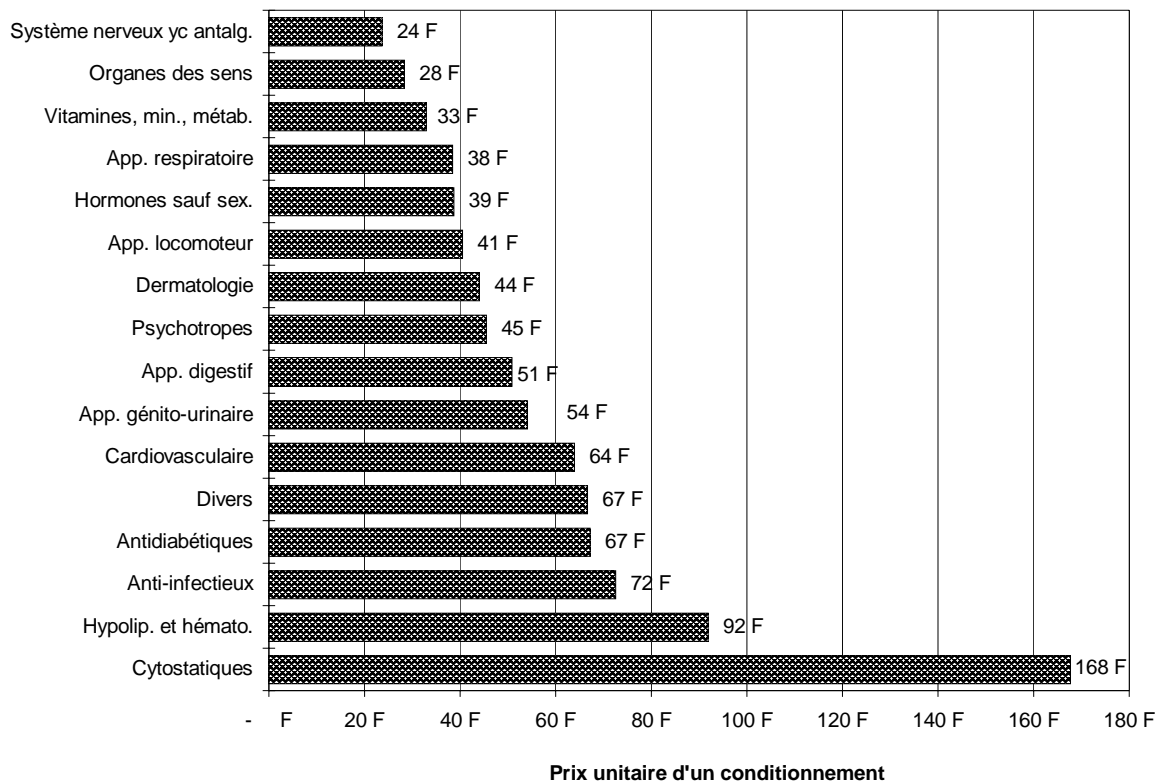
45 % de la dépense en médicaments de l'appareil digestif est due aux « antiacides et antiulcéreux », et 21 % aux « antispasmodiques et anticholinergiques ».

Enfin, 61 % de la dépense en anti-infectieux est due aux antibiotiques et 24 % aux vaccins.

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

Le prix moyen d'un conditionnement de cytostatiques est de 168 francs soit 3,5 fois le prix moyen d'un médicament, toutes classes réunies. Les médicaments hypolipidémiant ou à visée hématologique ont, après les cytostatiques, le prix unitaire le plus élevé, 92 francs (Cf. Graphique 70). Viennent ensuite les anti-infectieux (72 francs), les anti-diabétiques (67 francs), les médicaments cardiovasculaires (64 francs), les médicaments divers (67 francs), les médicaments de l'appareil génito-urinaire (54 francs), et ceux de l'appareil digestif (51 francs).

**Graphique 70**  
**Prix unitaire d'un conditionnement selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques**  
France 1998 (Pharma98.xls/ Ephemra prix unité)



CREDES-ESPS 1998

A l'opposé, les produits dont le prix unitaire du conditionnement est le moins onéreux sont les antalgiques et médicaments du système nerveux, 24 francs, et ceux destinés aux organes des sens (essentiellement ophtalmologie et otologie), 28 francs.

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

### **4.2.1. En un mois, 2,8 % des personnes sont concernées par ce type de consommation**

Le taux de consommateurs d'appareils, d'accessoires et de pansements est de 2,8 % en un mois. Il est de 1,2 % pour les lunettes, lentilles de contacts ou verres et de 1,7 % pour les autres accessoires.

Le taux de consommateurs augmente avec l'âge : 2,1 % chez les enfants, 2,5 % chez les 16-39 ans, 3,2 % pour les 40-64 ans et 3,9 % pour les 65 ans et plus (*Cf. Rapport annexe Tableau 58*). 3,1 % des femmes et 2,4 % des hommes consomment au moins un de ces produits.

### **4.2.2. La consommation en accessoires, appareils et autres pansements engendre une dépense mensuelle moyenne de 25 francs par personne**

Sur un total de 25 francs par personne, 20 francs sont liés à l'acquisition de lunettes, de lentilles ou de verres, soit 83 % de la dépense en accessoires. Le prix moyen d'une paire de lunettes (verres et montures) est de 1875 francs, celui des verres correcteurs de 883 francs, des montures seules de 550. Les autres accessoires représentent une dépense moyenne de 4,2 francs par personne, pour un prix moyen de 96 francs.

De 57 en valeur relative chez les moins de 16 ans, la dépense en accessoires, appareils et autres pansements passe à 79 chez les 16-39 ans, 147 chez les personnes âgées de 40 à 64 ans et à 126 pour les plus âgées.

La dépense des chômeurs est deux fois plus faible que celle des actifs, respectivement 68 et 134 en valeur relative. A âge et sexe comparable, les cadres ont une dépense une fois et demie supérieure à la moyenne. A l'inverse, les agriculteurs ont une dépense égale à 50 % de la dépense moyenne et les artisans commerçants égale à 20 %. Parallèlement, la dépense des assurés au régime général est, en valeur relative, très nettement supérieure à celle des assurés de la MSA et de la CANAM, respectivement 107, 53 et 21.

Les personnes exonérées du ticket modérateur ont une dépense en valeur relative de 162 et celles qui ne le sont pas de 93. Les personnes disposant d'une couverture complémentaire maladie ont également une dépense supérieure à celles qui n'en ont pas, 106 et 64. Ces écarts persistent à âge et sexe comparable.

La dépense en accessoires, appareils et pansements diminue avec la taille du ménage passant, en valeur relative de 215 pour les ménages d'une personne à 40 pour ceux de 6 personnes et plus. Elle est également nettement plus basse pour les bénéficiaires du RMI et de l'AMG.



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

Un certain nombre de produits pharmaceutiques, d'accessoires ou d'appareils sont parfois acquis pour plusieurs personnes du ménage. Il s'agit par exemple d'un antalgique ou d'un désinfectant acquis pour le cas où l'un des membres du ménage en aurait besoin. On ne peut donc pas affecter cette acquisition à un individu particulier. Ce type d'acquisition engendre une dépense de 75 centimes par personne, correspondant à un achat de 0,03 conditionnement par personne, chaque conditionnement valant en moyenne 26 francs. A noter qu'en quantité, les médicaments les plus souvent acquis dans ce cadre appartiennent à la classe des antalgiques et autres produits agissant sur le système nerveux.

#### 4.4. La pharmacie non prescrite acquise la veille du jour de l'enquête

Depuis 1996, de nouvelles questions ont été introduites sur le questionnaire santé de chaque personne, pour préciser la consommation de médicaments non prescrits mal déclarée dans le carnet de comptes. Les questions sont les suivantes :

Hier, êtes-vous allé(e) à la pharmacie ? <sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

Si oui, à cette occasion, avez-vous acheté, pour vous-même ou une autre personne du ménage, un ou plusieurs produits pharmaceutiques non prescrits, c'est-à-dire sans ordonnance (*y compris aspirine, vitamines, sirop...*) ?

<sub>1</sub> oui <sub>2</sub> non

<b>Si oui, lesquels ?</b> <i>Donnez le nom précis, le dosage, la forme et la quantité contenue dans une boîte</i>	<b>Pour quelle(s) personne(s) du ménage ?</b> <i>Indiquez le(s) prénom(s)</i>
--	--

(3 lignes de médicaments possibles)

14 979 personnes ont répondu à cette question. Parmi ces personnes, 593 sont allées à la pharmacie la veille de l'enquête pour acheter des médicaments prescrits ou non prescrits, soit 4 % des individus. Parmi ces 593 personnes, 345 ont acheté, pour eux-mêmes ou d'autres personnes de leur foyer, des médicaments non prescrits, soit 2,3 % de la population.

La veille de l'enquête, 557 acquisitions<sup>50</sup> ont été effectuées sans prescription.

338 acquisitions, soit 61% étaient destinées à la personne elle-même.

111 acquisitions, soit 20% étaient destinées à une autre personne du foyer.

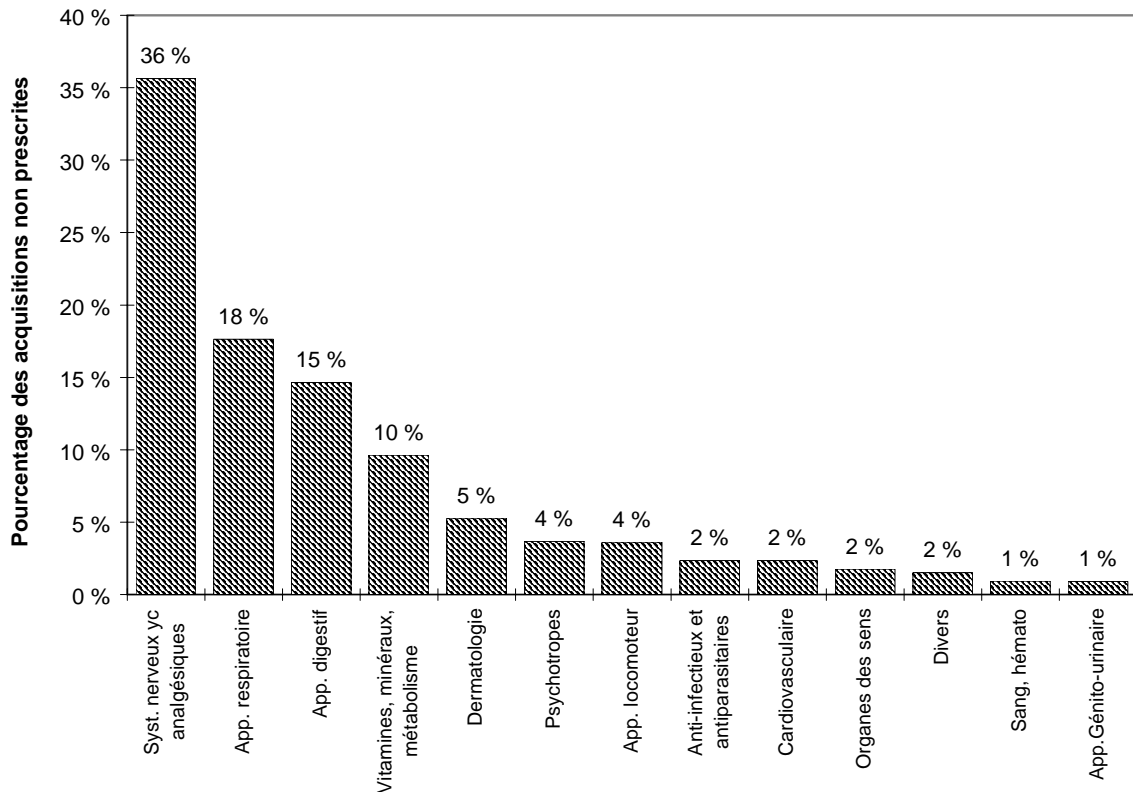
107 acquisitions, soit 19% étaient destinées aux besoins du ménage.

Pour 392 acquisitions sur 557 une classe pharmaco-thérapeutique EPHMRA a pu être affectée. 36 % des acquisitions sont des médicaments du système nerveux et particulièrement des analgésiques, 18 % des médicaments de l'appareil respiratoire et 15 % des médicaments de l'appareil digestif. Viennent ensuite la classe des vitamines, minéraux, métabolisme, 10 %, puis les médicaments à visée dermatologique, 5 % (Cf. Graphique 71).

Le nombre d'acquisitions non prescrites la veille est trop faible sur une seule année pour ventiler les données selon les caractéristiques socio-démographiques des personnes concernées. L'agrégation de plusieurs années d'enquête permettra en revanche d'étudier cet aspect.

<sup>50</sup> On appelle « acquisition » un produit acheté quel que soit le nombre de conditionnements. Parmi les 557 acquisitions, on ne connaît pas la destination de l'une d'entre elles.

**Graphique 71**  
**Répartition des acquisitions non prescrites de la veille par classe thérapeutique**  
 France 1998 (pharma98suite.xls/automed graph)



CREDES-ESPS 1998

#### 4.5. Demande de prescription supplémentaire de produits pharmaceutiques

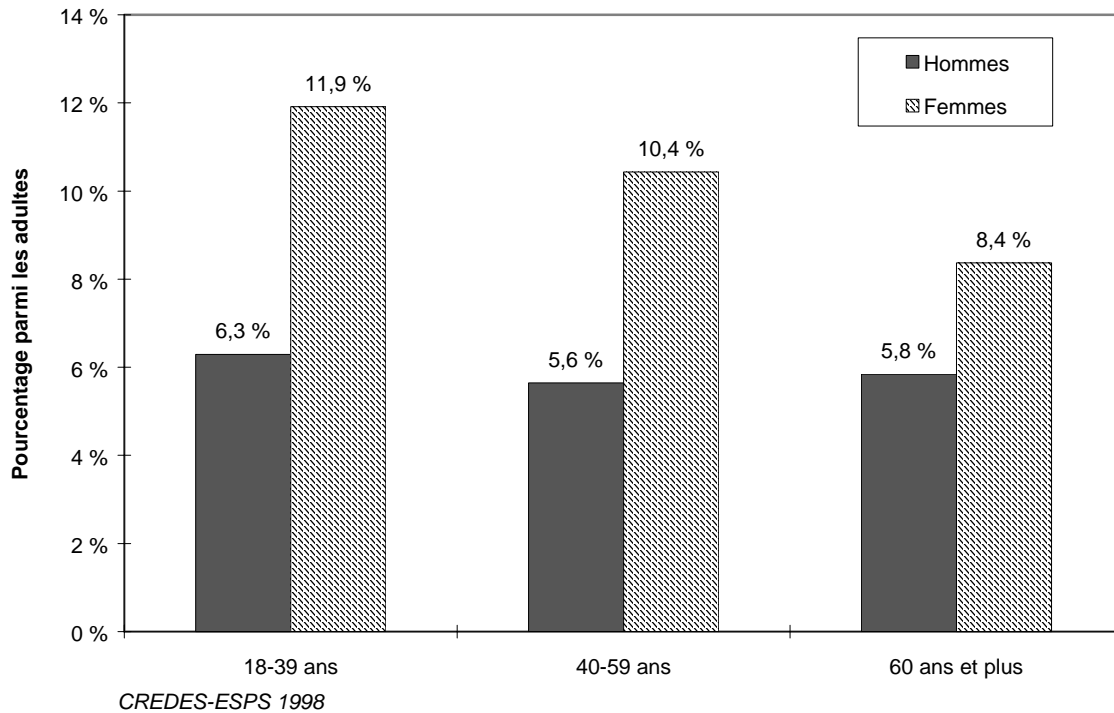
Lors d'une consultation de généraliste ou de spécialiste, un certain nombre de médicaments sont parfois prescrits par le médecin à la demande du patient. Nous avons cherché à mesurer auprès des enquêtés adultes l'impact de cette demande lors de leur dernière séance chez le généraliste.

Il s'agit d'une mesure incomplète de la pression des patients sur la prescription pharmaceutique des généralistes, puisque la question ne visait à relever que les prescriptions effectuées en fin de séance, à la demande expresse du patient et à l'issue du traitement déjà prescrit par le généraliste<sup>51</sup>. Nous ne mesurons donc pas ici, les éventuelles pressions qui pourraient influencer les généralistes dans le choix du traitement de la pathologie ayant motivé le recours, comme par exemple une demande d'antibiothérapie lors d'une consultation pour rhino-pharyngite, grippe, etc.

Dans ce contexte, on constate que 9 % des adultes interrogés répondent positivement à la question, 6 % des hommes et 11 % des femmes (Cf. *Graphique 72, Rapport annexe Tableau 59*). Chez ces dernières on relève une diminution de la demande en fonction de l'âge, alors qu'il n'y a pas d'effet d'âge chez les hommes. Pour l'ensemble de la population, il existe une légère baisse de la fréquence de cette demande avec l'âge, 9,8 % pour les 18-39 ans, 8,5 % pour les 40-64 ans et 7,3 % pour les patients de 65 ans et plus.

<sup>51</sup> La question était ainsi formulée : Lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter à la fin de son ordonnance, un ou plusieurs médicaments ?

**Graphique 72**  
**Pourcentage de personnes ayant demandé à leur généraliste**  
**de rajouter un ou plusieurs médicaments en plus de la prescription déjà réalisée**  
France 1998



Les personnes vivant dans les ménages de profession intermédiaire sont celles qui demandent le plus souvent à leur généraliste de rajouter un médicament sur l'ordonnance, plus de 10 % d'entre elles. A l'inverse, les personnes vivant dans les ménages d'agriculteur, d'ouvrier qualifié, d'artisan-commerçant et de cadre sont celles qui le demandent le moins souvent, respectivement 6 %, 7,8 %, 8,0 % et 8,3 %.

Lorsque l'on analyse ce comportement en fonction du revenu par unité de consommation, et bien que les effectifs soient faibles, il apparaît clairement que cette demande est moins fréquente pour les revenus les plus hauts. Ainsi, le pourcentage de personnes demandant une prescription supplémentaire est d'environ 10 à 11 % pour les faibles revenus (moins de 5 000 francs par unité de consommation) alors qu'il est de moins de 9 %, pour les revenus supérieurs. Cette caractéristique des faibles revenus est confirmée par une fréquence plus importante de demande supplémentaire chez les RMIstes et les bénéficiaires de l'AMG (respectivement 13 et 10 %).

De même, les personnes se déclarant au chômage semblent formuler cette demande plus souvent que les actifs, (respectivement 12 % et 9 %) et les personnes issues de ménages comportant plus de 4 personnes, plus souvent que celles issues de ménages de 3 personnes ou moins (de 10 à 13 % versus moins de 8,5 %).

L'exonération du ticket modérateur semble également augmenter la fréquence de ce comportement puisque 11 % des personnes exonérées formulent une demande de prescription supplémentaire. Enfin, cette demande est plus importante pour les personnes présentant un degré élevé de risque vital et d'invalidité, traduisant leur mauvais état de santé.

Il était demandé ensuite aux personnes ayant souhaité que leur généraliste rajoute un médicament à la fin de l'ordonnance, si cette demande avait pour but de se faire rembourser un médicament déjà acquis. Seules 13 % des personnes ayant sollicité leur généraliste sont dans ce cas, ce qui représente donc un peu plus de 1 % de l'ensemble des adultes interrogés.

Enfin, le tiers des personnes ayant demandé un ajout de médicament sur l'ordonnance l'ont fait pour soigner des migraines ou céphalées, 11 % pour une infection aiguë des voies respiratoires supérieures ou une grippe, 8 % pour un problème ostéo-articulaire. Les autres motifs sont beaucoup plus dispersés. Notons que, contrairement à ce que l'on pouvait imaginer, les troubles du sommeil concernent à peine plus de 4 % des demandes et que les problèmes d'anxiété et de dépression représentent en tout 3 % des demandes.

#### 4.6. L'observance

Mesurer l'observance des patients à leur traitement pharmaceutique est particulièrement complexe. Elle nécessite :

- de mesurer l'acquisition des produits prescrits, les non acquisitions, ainsi que les non acquisitions liées à l'utilisation de produits préalablement acquis et stockés dans l'armoire à pharmacie,
- de vérifier que les quantités journalières prescrites ont bien été consommées,
- de s'assurer que les médicaments ont été pris pendant toute la durée du traitement prescrit.

La mesure de l'observance est réalisée à partir des questions posées lors du premier appel téléphonique, à la personne adulte répondant à cet appel (une personne par ménage).

Pour mesurer l'observance, nous avons posé aux adultes deux questions générales concernant la dernière prescription médicamenteuse faite par leur généraliste. La première question est relative à l'acquisition des produits prescrits, la seconde au respect de l'intégralité de la prescription.

A la question, *"la dernière fois qu'un médecin généraliste vous a prescrit un ou des médicaments, avez-vous acheté tous les médicaments prescrits ?"*, 89 % des adultes répondent qu'ils les ont tous acquis, 8 % qu'ils n'en ont acquis qu'une partie et 3 % n'ont acheté aucun des médicaments prescrits. Parmi ceux qui n'ont rien acquis ou acquis seulement une partie de la prescription, 43 % ne les ont pas acquis parce qu'ils les avaient déjà dans leur pharmacie, 6 % parce que ces médicaments ne leur paraissaient pas nécessaires ou pas importants, 6 % parce qu'ils n'aiment pas prendre de médicaments, 5 % parce qu'ils estimaient avoir une ordonnance trop longue, 5 % parce qu'ils n'en avaient pas besoin ou envie. Enfin, 6 % ne les ont pas acquis pour des raisons financières. Les autres motifs sont très dispersés.

A la question, *"avez-vous suivi votre traitement en intégralité ?"*, 89 % des personnes répondent oui et 11 % disent ne pas avoir suivi leur traitement intégralement<sup>52</sup>. La fréquence des traitements intégralement suivis est plus élevée parmi les individus dont le traitement est en cours (93 %) que parmi ceux dont le traitement est terminé (87 %). Parmi les personnes ayant précisé les motifs de ce non respect de la prescription, 51 % disent avoir arrêté leurs médicaments parce que cela allait mieux, 15 % ont arrêté parce qu'ils n'aiment pas prendre de médicaments 14 % invoquent les oublis ou la négligence, et 12 % du fait d'effets secondaires.

L'analyse des réponses question par question ne permet pas d'appréhender globalement le phénomène de la non observance. Pour ce faire nous avons défini, en combinant les réponses aux différentes questions, les individus « observants » et « non observants ». La personne observante est celle qui dit avoir respecté en totalité la prescription de son généraliste. La personne non observante est celle qui déclare, à au moins l'une des deux questions posées, ne pas avoir suivi la

---

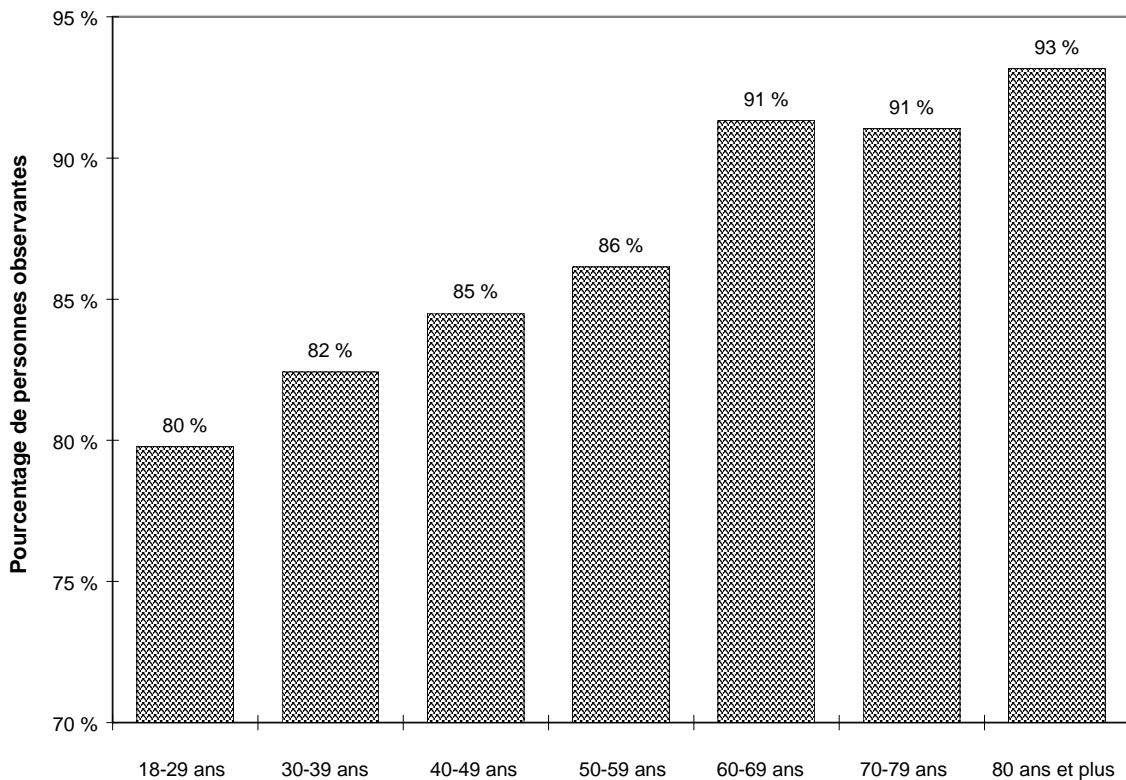
<sup>52</sup> Le dénominateur comprend toutes les personnes, y compris celles qui n'ont pas acquis des médicaments.

prescription du médecin, c'est-à-dire ne pas avoir acheté la totalité des médicaments prescrits ou ne pas avoir suivi le traitement en intégralité.

Toutefois, parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir acheté tous les médicaments, 43 % ne les ont pas acquis, car ils les avaient déjà dans leur armoire à pharmacie<sup>53</sup>. Nous les avons considérés comme observants, à ce stade de l'analyse.

Au sens défini ci-dessus, on peut donc considérer que 85 % des adultes interrogés sont observants et donc 15 % non observants<sup>54</sup>. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes. En revanche, plus l'âge des enquêtés augmente, plus les personnes se déclarent observantes à leur traitement pharmaceutique (Cf. Graphique 73 et Rapport annexe Tableau 60).

**Graphique 73**  
**Observance déclarée pour la dernière prescription pharmaceutique du généraliste**  
**selon l'âge**  
**(Pharma98suite.xls/observance graph) France 1998**



CREDES-ESPS 1998

Il y a peu de différence entre milieux sociaux (de 83 % dans les ménages de cadres supérieurs à 87 % dans les ménages d'agriculteurs). De même, il n'y a pas d'écarts selon les revenus (de 85 à 87 %).

<sup>53</sup> Ils représentent 5 % des adultes interrogés.

<sup>54</sup> A la suite d'une enquête réalisée en 1994 auprès de 220 généralistes, sur deux semaines de prescription, l'Institut de recherche en médecine générale estime à 86 % le pourcentage de personnes (tous âges confondus) ayant utilisé les médicaments selon la prescription du généraliste.

L'observance est plus importante parmi les personnes exonérées du ticket modérateur, surtout quand elles disposent en plus d'une couverture complémentaire (91 % vs 87 %). De même, parmi les non exonérées, les personnes disposant d'une couverture complémentaire sont plus observantes (85 %) que celles qui n'en disposent pas (78 %). Les personnes déclarant bénéficier du RMI sont un peu moins observantes que les autres (81% versus 85 %). On ne relève pas de comportement particulier des personnes déclarant bénéficier de l'AMG.

A noter que plus l'état de santé est mauvais plus la personne se déclare observante, 84 % parmi les personnes n'ayant aucun pronostic péjoratif sur le plan vital et 92 % parmi celles ayant un risque important sur le plan vital. L'observance augmente également de manière importante selon le degré d'invalidité.

Enfin, quel que soit le niveau où la personne devient non observante (au niveau de l'achat du médicament ou du respect de la prescription), le motif le plus souvent cité pour justifier cette modification du traitement est l'amélioration de l'état de santé ; il représente 31 % de tous les motifs cités à chacun des deux niveaux. Si ce comportement peut quelquefois s'expliquer, comme l'arrêt d'un antalgique en cas de disparition des douleurs, il peut être tout à fait contestable, comme par exemple lors de l'arrêt prématuré d'un traitement antibiotique risquant de faire rebondir le processus infectieux, ou de sélectionner un germe dès lors résistant à cette famille d'antibiotiques. Les autres motifs les plus souvent invoqués sont l'apparition ou la crainte de l'apparition d'effets secondaires 9 % et l'oubli ou la négligence, 9 %.

Le questionnement sur l'observance a également permis d'isoler les personnes déclarant ne pas acquérir tout ou partie des médicaments prescrits par leur généraliste car elles disposaient de ceux-ci dans leur armoire à pharmacie. Le nombre limité de personnes concernées nous oblige à être prudent dans l'interprétation de ces premiers résultats ; cependant, ils confirment ceux observés les années précédentes.

Lorsqu'un généraliste prescrit un traitement pharmaceutique, 5 % des adultes déclarent utiliser, pour tout ou partie de ce traitement, des médicaments déjà présents dans leur armoire à pharmacie. Cette attitude qui concerne 6 % des femmes et 3 % des hommes, est plus répandue chez les adultes jeunes de moins de 40 ans, 7 %, que chez les personnes de 40 à 64 ans, 4 %, et celles plus âgées, 2 % (Cf. *Rapport annexe Tableau 61*).

## **5. Les soins d'auxiliaire au cours des douze derniers mois**

---





## 5. Les soins d'auxiliaire au cours des douze derniers mois

Depuis 1996, une question sur la consommation de soins d'auxiliaires a été introduite dans le questionnaire santé individuel de chaque personne. La consommation de soins d'auxiliaire est en effet assez mal relevée sur le carnet de soins, car souvent omise par les enquêtés. C'est pourquoi nous avons posé à chaque enquêté la question suivante :

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu à plusieurs reprises des soins dispensés par :

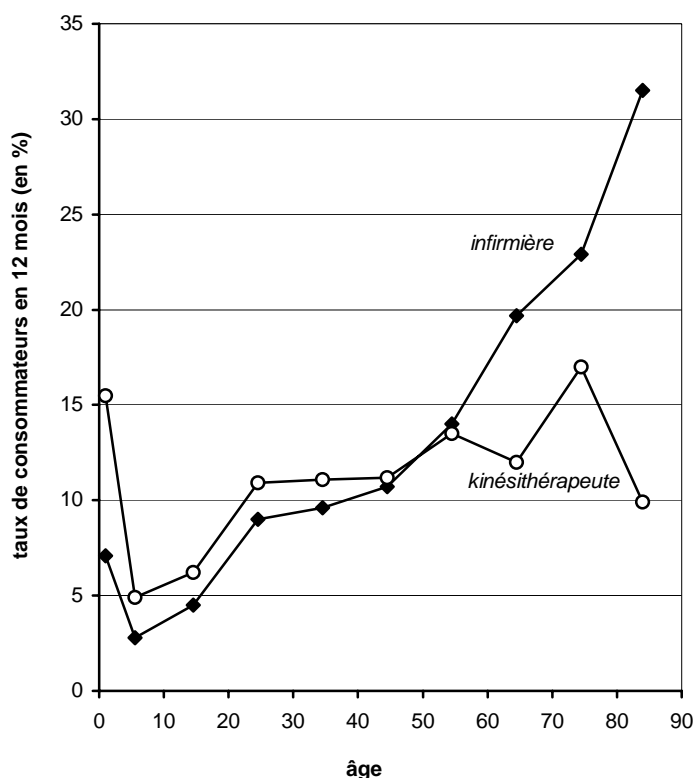
- une infirmière,
- un kinésithérapeute ? »

10,6 % des personnes déclarent avoir reçu à plusieurs reprises, au cours des douze derniers mois, des soins dispensés par une infirmière (Cf. Rapport annexe Tableau 62). Dans plus d'un quart des cas, le recours aux soins infirmiers est motivé par des prélèvements. Par ailleurs, 14 % des motifs de recours sont des affections ostéo-articulaires et 13 % des traumatismes.

10,4 % des personnes déclarent également avoir reçu de façon répétée des soins dispensés par un kinésithérapeute. 2,9 % seulement des personnes ont reçu de façon répétée des soins de kinésithérapeute et des soins d'infirmière. Le recours aux soins de kinésithérapeute est motivé la plupart du temps par des affections ostéo-articulaires (59 % des recours) ou des traumatismes (18 %). Plus de 60 % des affections ostéo-articulaires sont des pathologies rachidiennes ; presque la moitié des traumatismes sont des luxations ou des entorses.

**Graphique 74**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés**  
**d'infirmière ou de kinésithérapeute selon l'âge**  
France 1998

CREDES-ESPS 1998



Ces taux de consommateurs en un an varient fortement selon l'âge :

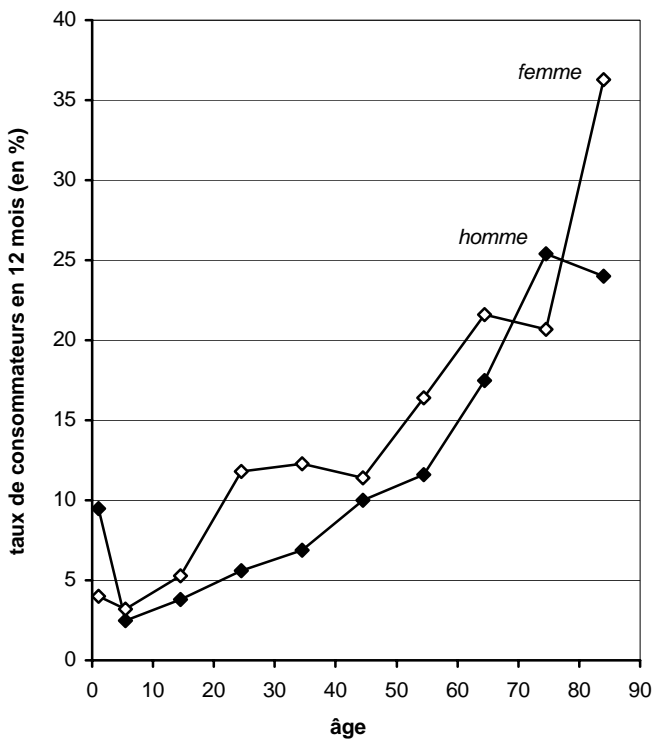
- pour les soins dispensés par une infirmière, les taux de recours augmente très sensiblement avec l'âge pour atteindre presque un tiers des personnes âgées de 80 ans et plus,
- pour les soins dispensés par un kinésithérapeute, on note un taux élevé (15,5 %) chez les nourrissons, du fait des séances de kinésithérapie respiratoire, puis un minima de 5 % chez les enfants âgés de 2 à 9 ans. Ce taux augmente ensuite avec l'âge pour atteindre un maximum de 17 % chez les personnes âgées de 70 à 79 ans (Cf. Graphique 74).



Les taux de recours pour des soins répétés sur douze mois sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, respectivement 12 % et 9 %, pour les soins infirmiers comme pour les soins de kinésithérapeute. A l'exception des nourrissons, les femmes ont, quel que soit l'âge, un recours aux soins infirmiers et aux soins d'un kinésithérapeute plus important que les hommes. (Cf. Graphiques 75 et 76 et Rapport annexe Tableau 63).

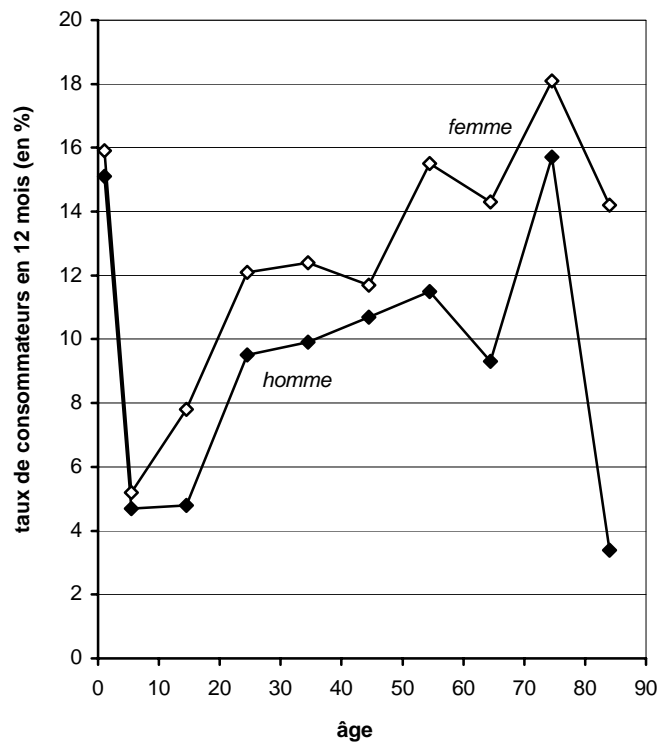
**Graphique 75**

**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière selon l'âge et le sexe**  
France 1998



**Graphique 76**

**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés de kinésithérapeute selon l'âge et le sexe**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### 5.1. Le recours aux soins d'auxiliaire selon l'activité professionnelle

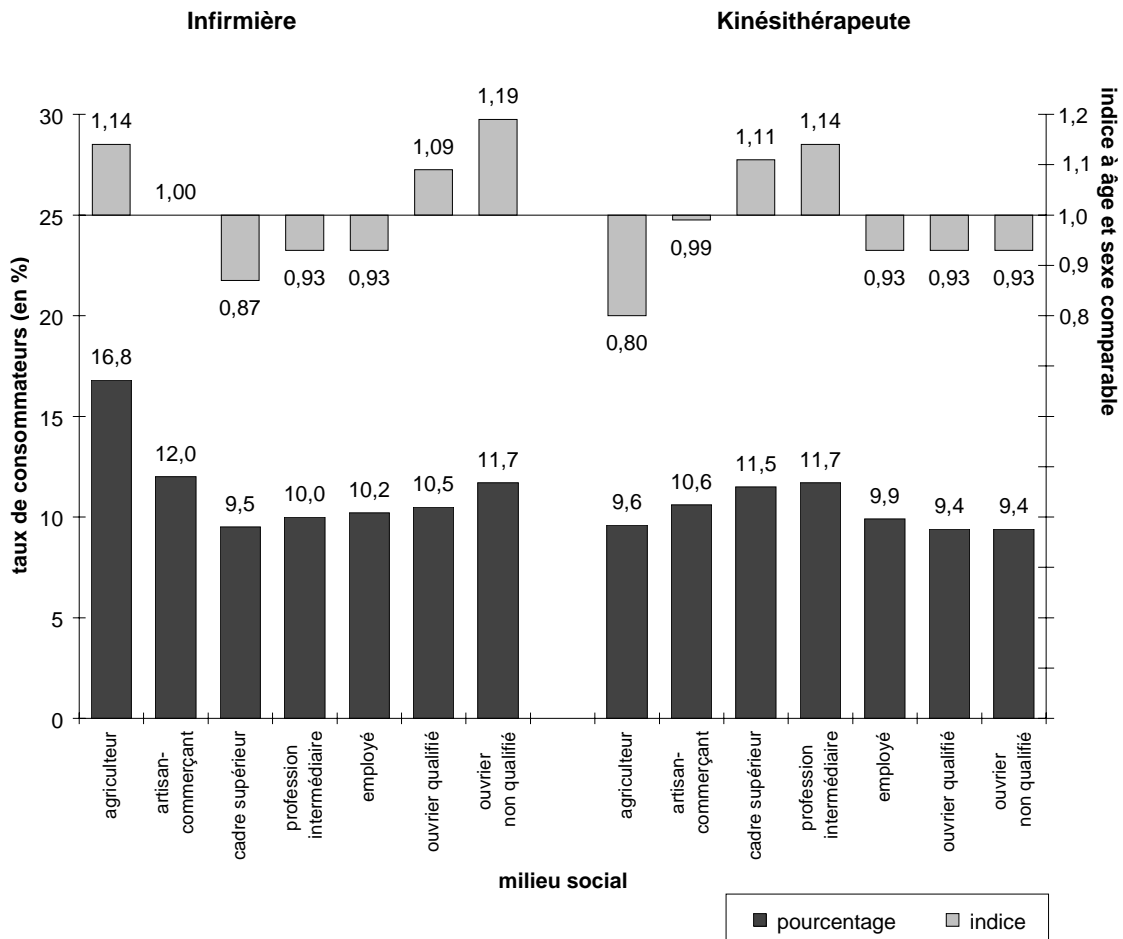
Pour les soins infirmiers, ce sont les membres des familles d'agriculteur et d'ouvrier non qualifié qui sont les plus nombreux à y recourir en 12 mois. A l'inverse, les membres des familles de cadre supérieur sont les moins nombreux à y recourir. (Cf. Graphique 77).

Pour les soins de kinésithérapeute, les comportements selon les milieux sociaux sont quasiment opposés à ceux observés pour les soins infirmiers. Ce sont les membres des foyers de profession intermédiaire et de cadre supérieur qui sont les plus nombreux à avoir recours aux soins de kinésithérapeute. En revanche, les membres des foyers d'agriculteur ou d'ouvrier non qualifié sont les moins nombreux à y recourir.

L'élimination de l'effet de la composition par âge et sexe de ces populations permet de mieux cerner l'impact du milieu social. Ainsi, pour les familles d'agriculteurs, le recours plus fréquent aux soins infirmiers s'explique en partie par l'âge plus élevé de cette population. En revanche, leur probabilité de recourir à des soins de kinésithérapeute est inférieure de 20 % à la moyenne. Quant aux familles d'ouvriers, elles ont une probabilité de recourir à des soins infirmiers supérieure de 20 % à la moyenne, bien que le taux de recours observé soit proche du taux de l'ensemble de la population.

Ces différences de comportement selon le milieu social pourraient s'expliquer, d'une part par des différences culturelles se traduisant par des modalités de prise en charge différentes selon les pathologies, d'autre part, par des différences de disponibilités d'offre de soins.

**Graphique 77**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le milieu social ( profession de la personne de référence du ménage)**  
 France 1998



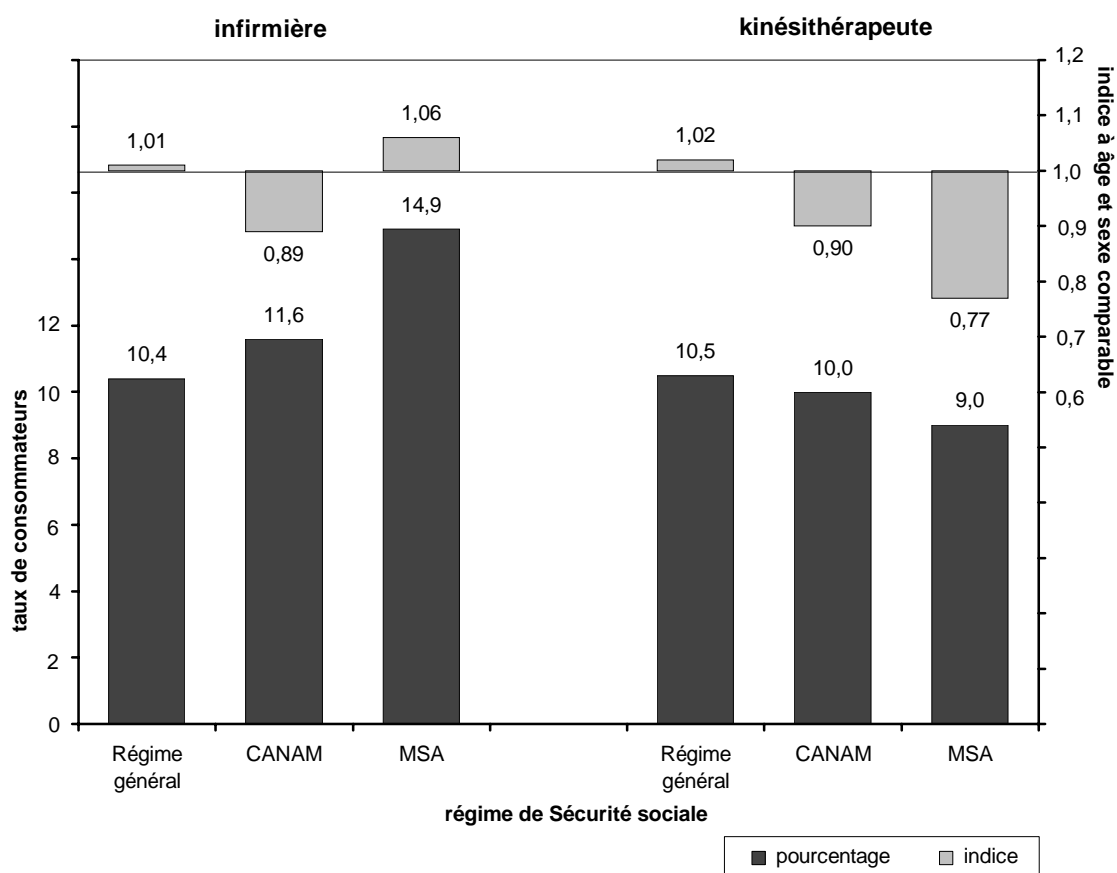
CREDES-ESPS 1998

## 5.2. Le recours aux soins d'auxiliaire selon la couverture sociale

Avec des taux de recours observés proches de la moyenne, les personnes bénéficiant du régime de la CANAM sont cependant, à âge et sexe comparable, moins nombreuses à recourir à ces deux types de soins que l'ensemble de la population (Cf. Graphique 78). Ces résultats complètent l'information issue de la consommation de soins de médecin et confirment une moindre consommation médicale des non salariés.

Les personnes bénéficiant du régime agricole ont un recours aux soins infirmiers supérieur à la moyenne, même à âge et sexe comparable ; en revanche leur recours à des soins de kinésithérapeute est très inférieur à la moyenne, tant en valeur qu'en indice.

**Graphique 78**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le régime principal de Sécurité sociale**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Les personnes exonérées du ticket modérateur, du fait de leur âge élevé et de la gravité fréquente de leurs maladies, recourent naturellement plus à des soins infirmiers et à des actes de kinésithérapie que les personnes non exonérées. Cette « sur-consommation » naturelle des personnes exonérées du ticket modérateur porte plus particulièrement sur les soins infirmiers. Si 11 % de l'ensemble de la population reçoit des soins infirmiers de façon répétée sur 12 mois, les personnes exonérées du ticket modérateur sont 28 %. Ces pourcentages sont respectivement de 10 % et 16 % pour les actes de kinésithérapeute.

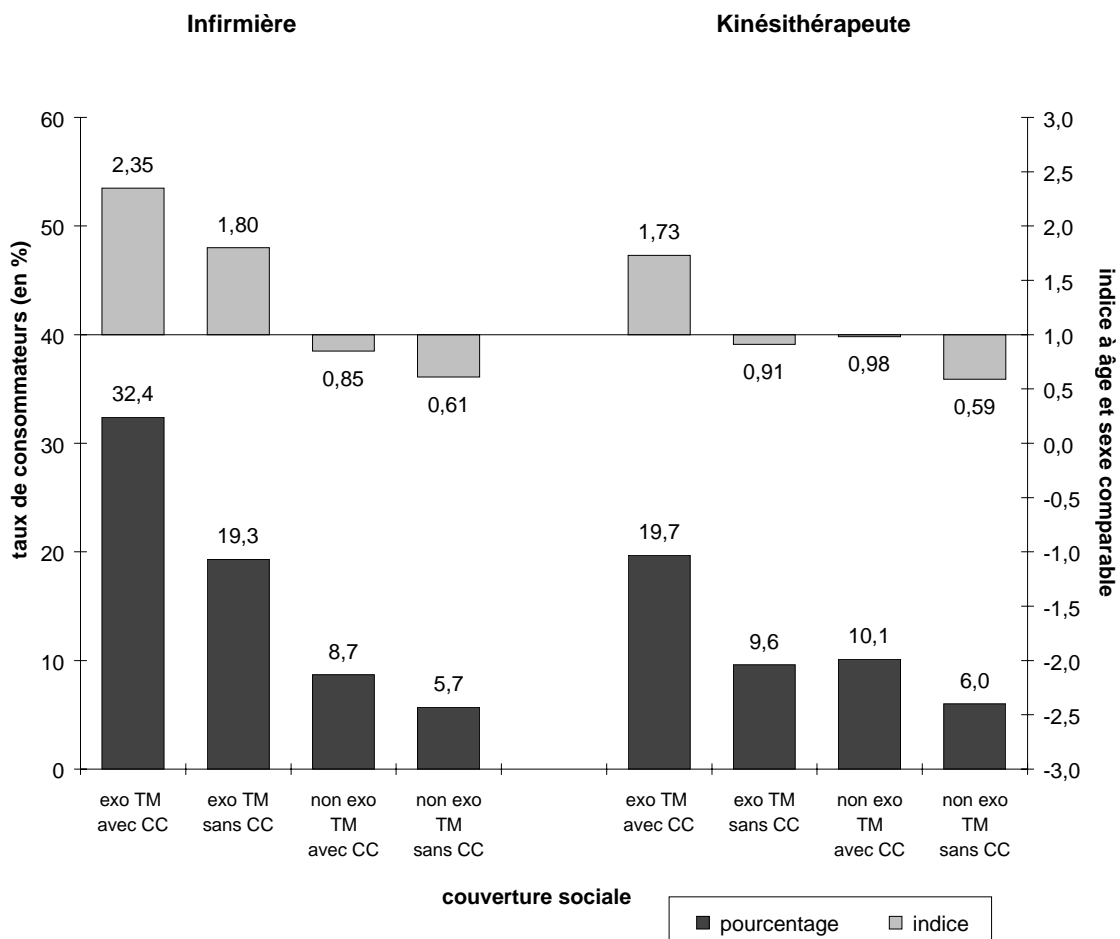
L'accès aux soins infirmiers ne diffère pas selon que les personnes disposent ou non d'une couverture complémentaire. En revanche, les personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire ont une probabilité de recourir à des soins de kinésithérapeute inférieure de plus de 30 % à la moyenne. Ainsi, l'effort financier supplémentaire que nécessitent les soins d'auxiliaires, puisqu'ils sont parmi les moins bien remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoires<sup>55</sup>, semble restreindre davantage le recours aux soins de kinésithérapeute.

<sup>55</sup> Régime général = 60 %.

Les effets conjugués de l'exonération du ticket modérateur et de la couverture complémentaire conduisent à des écarts très importants : 32 % des personnes exonérées du ticket modérateur et ayant une couverture complémentaire ont recours de façon répétée en douze mois à des soins infirmiers contre 6 % des personnes non exonérées et n'ayant pas de couverture complémentaire. Ces écarts sont moins importants pour les soins de kinésithérapeute, respectivement de 20 % et 6 % puisque la « sur-consommation » des personnes exonérées du ticket modérateur porte plus particulièrement sur les soins infirmiers (Cf. Graphique 79).

On constate que même pour les personnes exonérées du ticket modérateur, le fait de posséder une couverture complémentaire a une influence sur le recours aux soins d'auxiliaires. Ce résultat, que l'on retrouve pour le recours aux soins de médecins, est vérifié à âge et sexe comparable. En effet, la probabilité de recours à des soins infirmiers des personnes exonérées augmente de 30 % lorsqu'elles sont bénéficiaires d'une couverture complémentaire ; la probabilité de recours est presque doublée pour les soins de kinésithérapeute.

**Graphique 79**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le niveau de couverture sociale**  
 France 1998



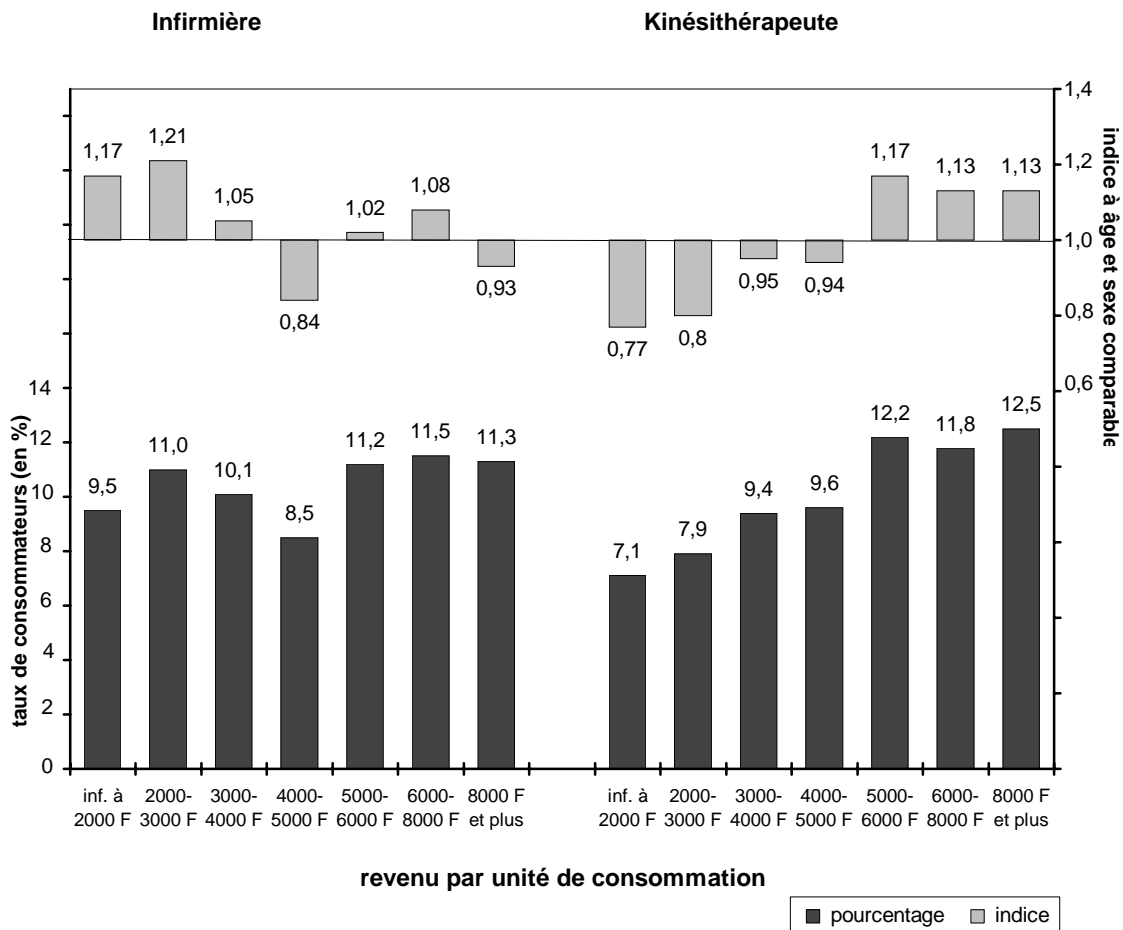
CREDES-ESPS 1998

### 5.3. Le recours aux soins d'auxiliaire selon le revenu<sup>56</sup>

Comme pour les soins de spécialistes, le recours à des soins de kinésithérapeute augmente avec le revenu par unité de consommation. Ainsi, les personnes aux revenus les plus faibles ont une probabilité de recourir à des soins de kinésithérapeute inférieure d'environ 30 % à l'ensemble de la population, tant en indice qu'en valeur. Les personnes des foyers aux revenus les plus élevés ont un comportement opposé (Cf. Graphique 80).

A âge et sexe comparable, le recours à des soins infirmiers varie moins en fonction du revenu par unité de consommation. Les personnes aux revenus les plus faibles ont une probabilité de recourir à des soins infirmiers supérieurs d'environ 20 % à l'ensemble de la population. Les personnes des foyers aux revenus les plus élevés ont un comportement opposé. Cette variation inverse par rapport au revenu fait des soins infirmiers une consommation médicale originale, que l'on pourrait rapprocher des visites de généraliste, qui semblent aussi être plus fréquentes pour les personnes ayant des revenus modestes que pour celles disposant de revenus élevés.

**Graphique 80**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le revenu par unité de consommation**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

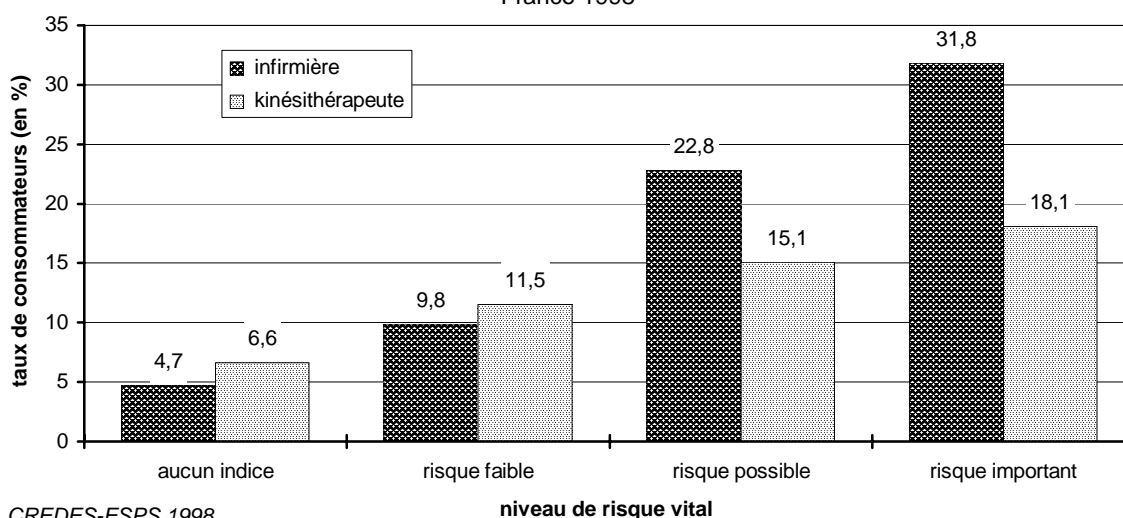
<sup>56</sup> Il s'agit du revenu par unité de consommation du ménage.

#### 5.4. Le recours aux soins d'auxiliaire selon le risque vital et l'invalidité

Le taux de consommateurs en 12 mois de soins infirmiers comme de soins de kinésithérapie augmente très sensiblement avec le niveau du risque vital et le degré d'invalidité. Si 5 % des personnes ne présentant aucun risque sur le plan vital ont recours en douze mois à des soins infirmiers, 32 % de celles présentant un risque important y ont recours. Ces pourcentages sont respectivement de 7 % et de 18 % pour les actes de kinésithérapeute. Les soins infirmiers paraissent ainsi plus liés à l'état de santé que les actes de kinésithérapeute (Cf. Graphique 81).

Une très faible part des personnes n'ayant pas de gêne ou gênées de façon infime déclarent avoir reçu à plusieurs reprises, au cours des douze derniers mois, des soins dispensés par une infirmière ou un kinésithérapeute, respectivement 3 % et 4 % (Cf. Graphique 82). En revanche, respectivement 52 % et 33 % des personnes sans autonomie déclarent y avoir eu recours. La volonté affichée de voir se développer la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes devraient augmenter le nombre de bénéficiaires de ces soins dans les années à venir.

**Graphique 81**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le niveau de risque vital**  
France 1998

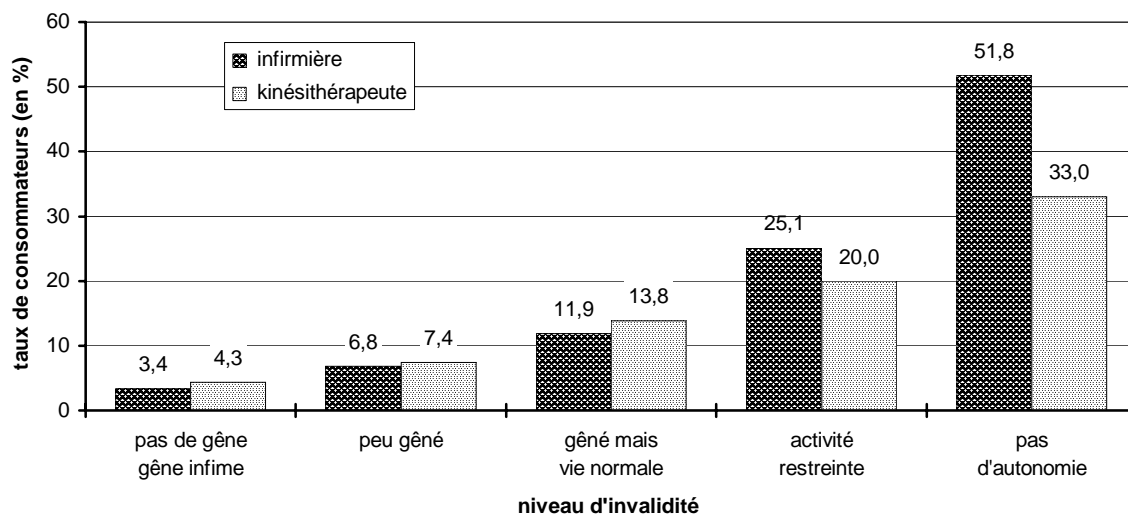


CREDES-ESPS 1998

CREDES-ESPS 1998



**Graphique 82**  
**Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute**  
**selon le degré d'invalidité**  
France 1998



## **6. Les régimes alimentaires prescrits pour raisons médicales**

---



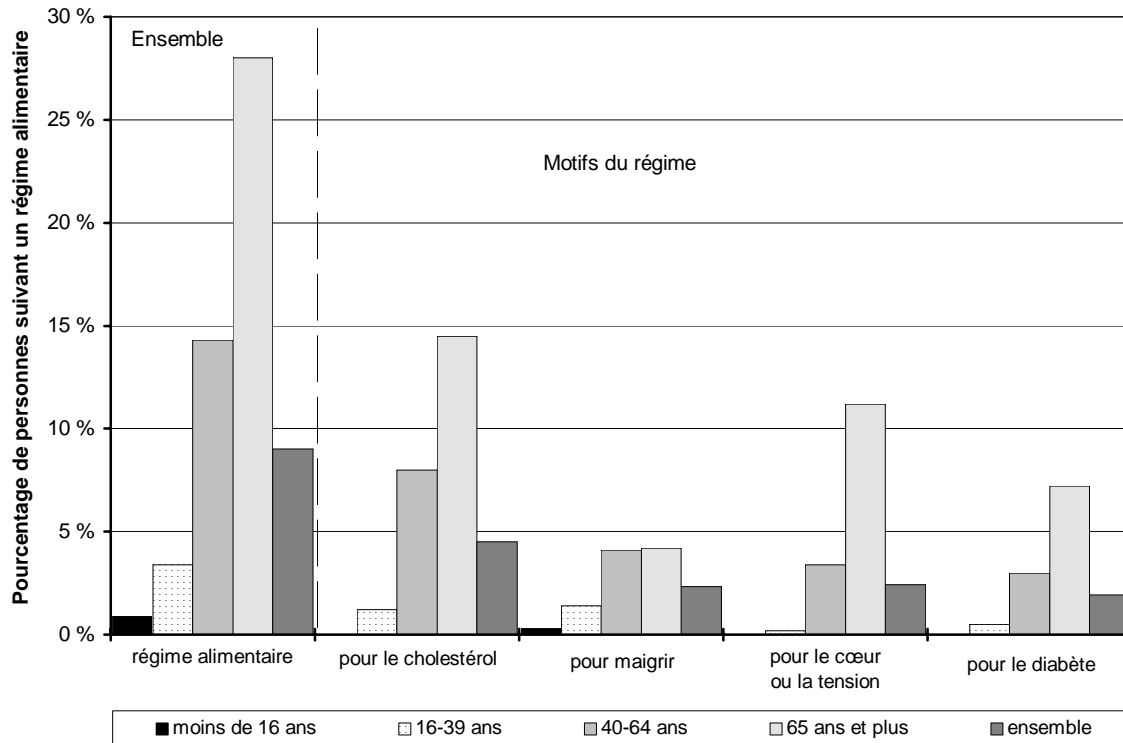
## 6. Les régimes alimentaires prescrits pour raisons médicales

9 % de la population suit un régime alimentaire qui lui a été prescrit pour des raisons médicales.

Environ 4 % des personnes suivent un régime pour diminuer leur taux de cholestérol, 2 % un régime alimentaire pour maigrir (régime prescrit pour des raisons médicales), 2 % un régime pour le cœur ou la tension, 2 % un régime contre le diabète et 1 % un régime alimentaire pour d'autres raisons.

Le pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire prescrit pour des raisons médicales augmente beaucoup avec l'âge : il est infime chez les enfants avec 1 % chez les moins de 16 ans et très élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus où il atteint 28 %. Cette augmentation en fonction de l'âge s'observe quel que soit le motif du régime alimentaire (Cf. *Rapport annexe Tableau 64*).

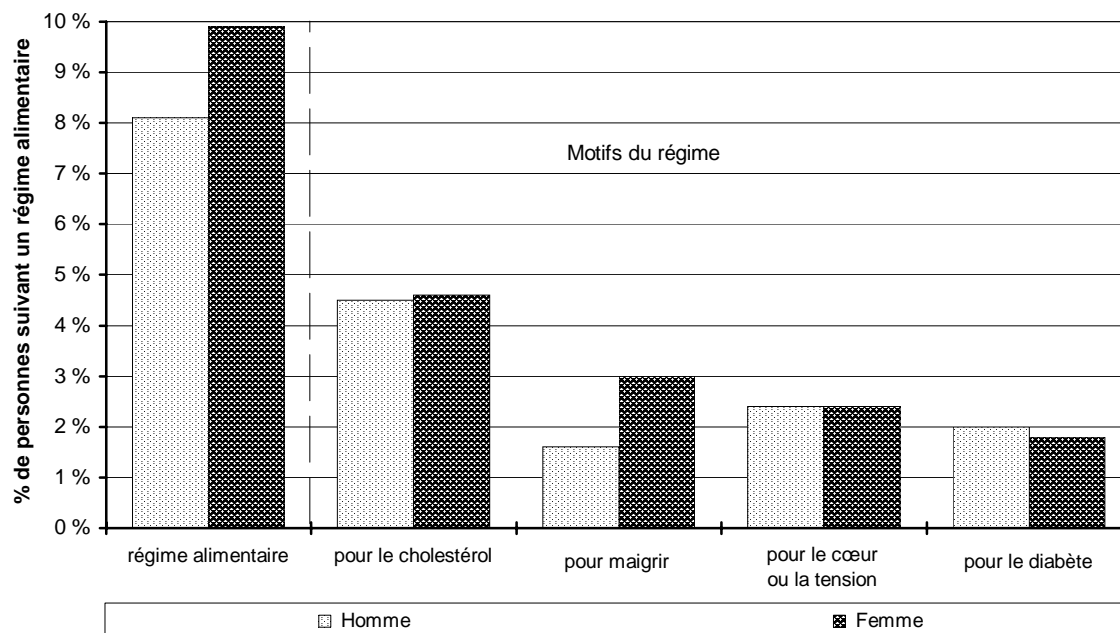
Graphique 83 [GrRegime, regiage]  
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire prescrit en fonction de l'âge  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

10 % des femmes et 8 % des hommes suivent un régime alimentaire. Quel que soit leur âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à suivre un régime alimentaire (Cf. *Rapport annexe Tableau 65*). Cette plus forte proportion de femmes s'explique en grande partie par un pourcentage plus élevé de femmes suivant un régime pour maigrir : 3,0 % contre 1,6 % des hommes (rappelons que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter une obésité ou une surcharge pondérale). Les femmes suivent aussi souvent que les hommes un régime pour le cholestérol, le cœur ou la tension et légèrement moins souvent un régime pour le diabète (Cf. *Graphique 84*).

**Graphique 84 [GrRegime, regisexe]**  
**Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire prescrit en fonction du sexe**  
 France 1998

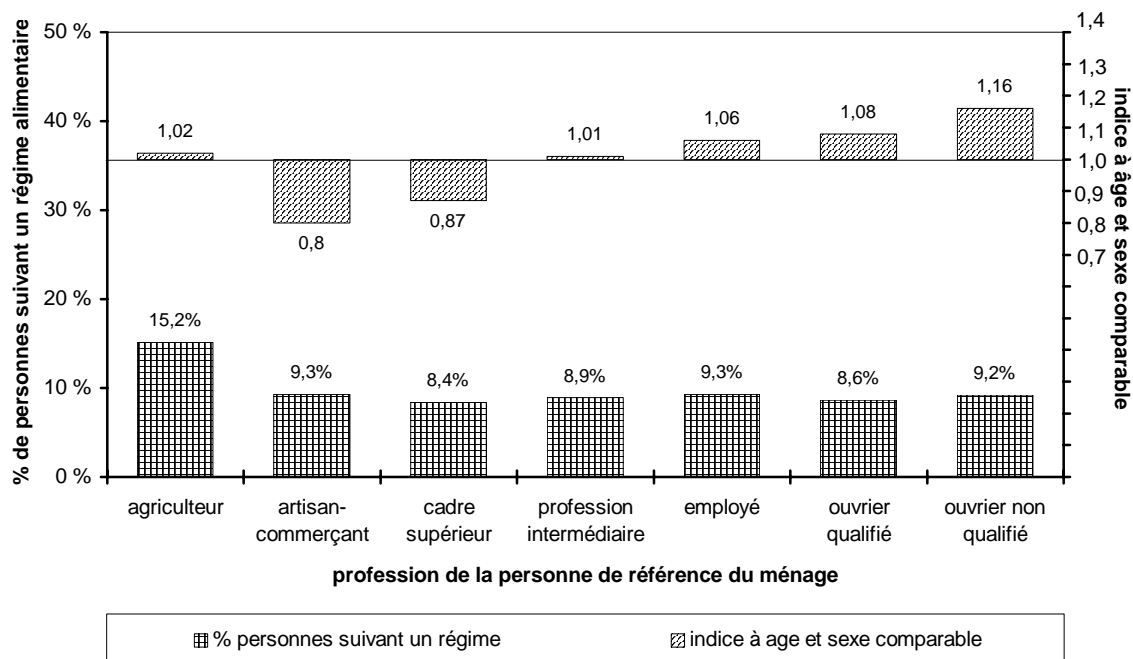


CREDES-ESPS 1998

### 6.1. Les régimes alimentaires selon l'occupation principale

Les régimes alimentaires sont plus fréquents chez les chômeurs que chez les actifs, 20 % de plus ; cette différence tient essentiellement aux régimes pour maigrir.

**Graphique 85**  
**Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire selon le milieu social**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Les personnes appartenant à des ménages d'agriculteurs suivent plus fréquemment un régime alimentaire prescrit pour raisons médicales : 15 % de ces personnes contre environ 9 % pour les autres professions. Cependant, cette différence ne semble être due qu'à l'âge élevé de cette population. En effet, à structure d'âge et de sexe comparable, le comportement des personnes de milieu agricole est proche de l'ensemble de la population. En revanche, les ménages d'ouvriers suivent plus fréquemment un régime alimentaire que l'ensemble de la population et les ménages d'artisan - commerçants et de cadres moins fréquemment (Cf. Graphique 85).

## 6.2. Les régimes alimentaires selon la couverture sociale

26 % des personnes exonérées du ticket modérateur suivent un régime alimentaire contre 7 % des personnes non exonérées.

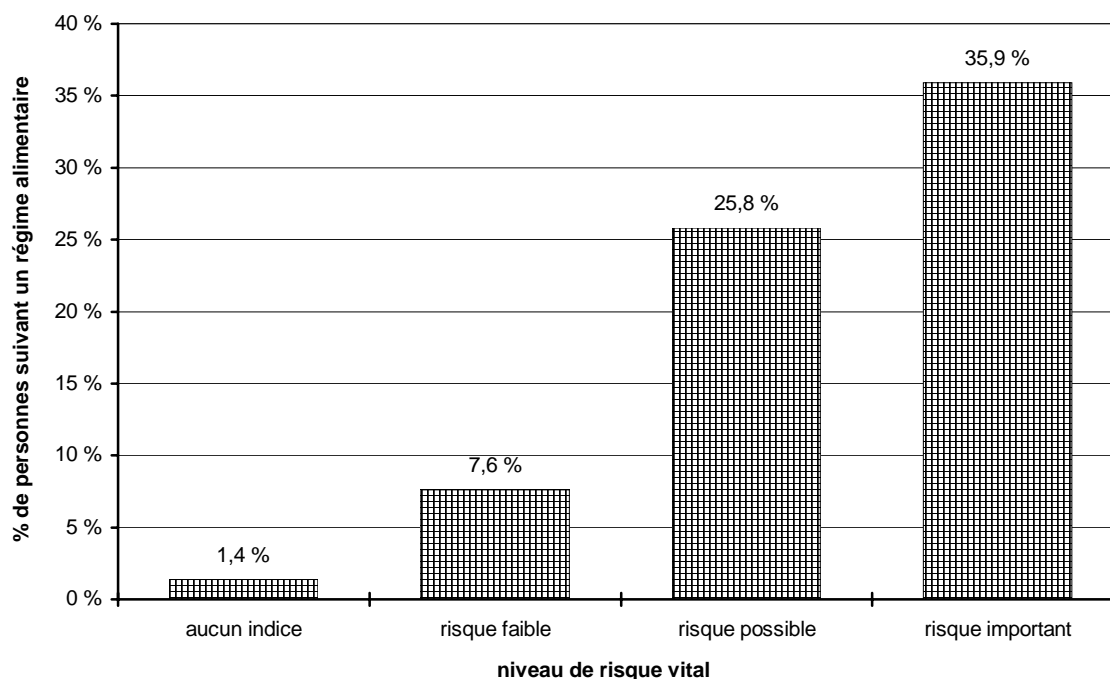
A âge et sexe comparable, les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire sont pratiquement aussi nombreuses à suivre un régime alimentaire que celles disposant d'une couverture complémentaire.

A noter également que les personnes bénéficiant de l'Aide médicale sont beaucoup plus nombreuses que la moyenne à suivre un régime alimentaire.

## 6.3. Les régimes alimentaires selon l'état de santé

Le pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire augmente très sensiblement avec le niveau du risque vital, passant de 1 % pour les personnes ne présentant aucun risque sur le plan vital à 36 % pour les personnes présentant un risque important sur le plan vital (Cf. Graphique 86).

**Graphique 86**  
**Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire en fonction du niveau de risque vital**  
France 1998

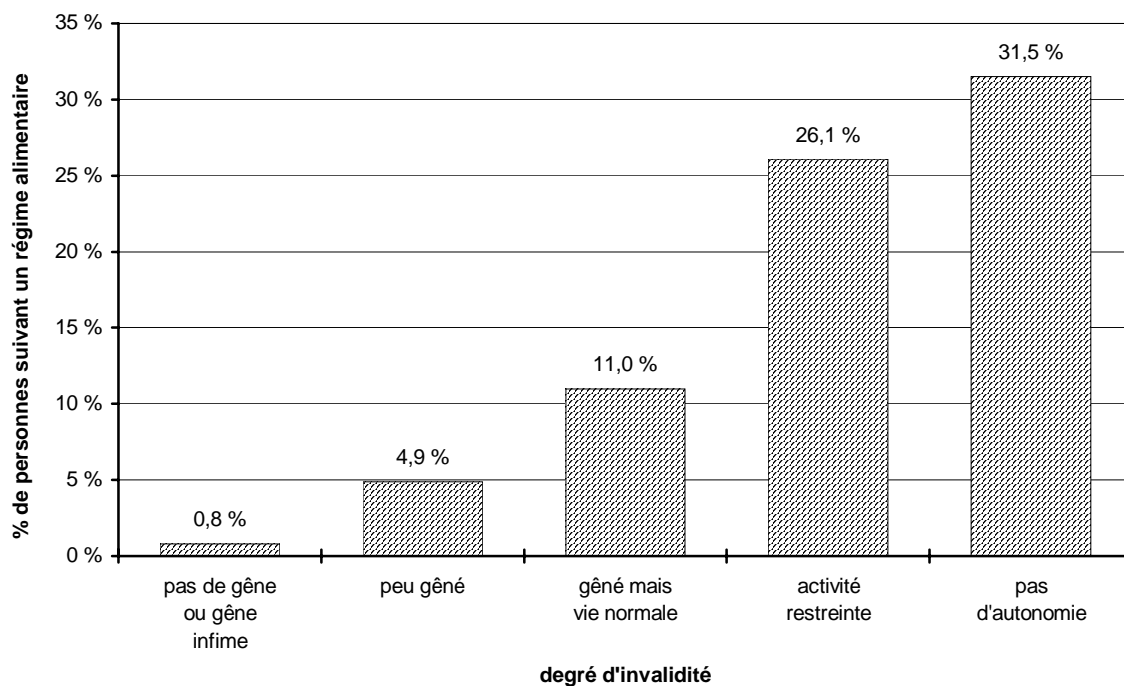


CREDES-ESPS 1998

Ce pourcentage augmente également avec le degré d'invalidité, passant de 1 % pour les personnes ne présentant aucune gêne ou une gêne infime à 32 % pour les personnes sans autonomie (Cf. Graphique 87).

Au total, plus l'état de santé des personnes est dégradé, plus le pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire est élevé.

**Graphique 87**  
**Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire en fonction du degré d'invalidité**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

## **7. Hospitalisation**

---





## 7. Le taux d'hospitalisés en 3 mois en 1998

D'après les comptes nationaux de la santé, l'hospitalisation (*Cf. Glossaire*) a entraîné en 1998, 46,3 % de la consommation médicale totale ; c'est donc par son importance tant au niveau de la thérapeutique et des examens que des coûts, la plus lourde des consommations médicales. Cependant, son observation à partir d'enquêtes auprès des ménages est difficile : d'une part, c'est un phénomène relativement rare et peu de personnes sont concernées sur une courte période de temps (environ 1 % en un mois) ce qui nécessite de faire appel à la mémoire des enquêtés, d'autre part, les coûts et les soins dispensés à l'hôpital sont mal connus des patients.

Dans l'enquête santé protection sociale, lors du premier entretien, l'enquêteur demande pour chaque personne du ménage, si elle a été hospitalisée au cours des 3 derniers mois et si oui, combien de fois. Pour chacun de ces séjours en hôpital ou en clinique, un questionnaire détaillé est rempli. En règle générale, les séjours comportent au moins une nuit passée dans l'établissement. Pour les séjours de moins de 24 heures, un examen de tous les cas rencontrés a permis d'éliminer ce qui correspondait vraisemblablement à des consultations externes ou des examens.

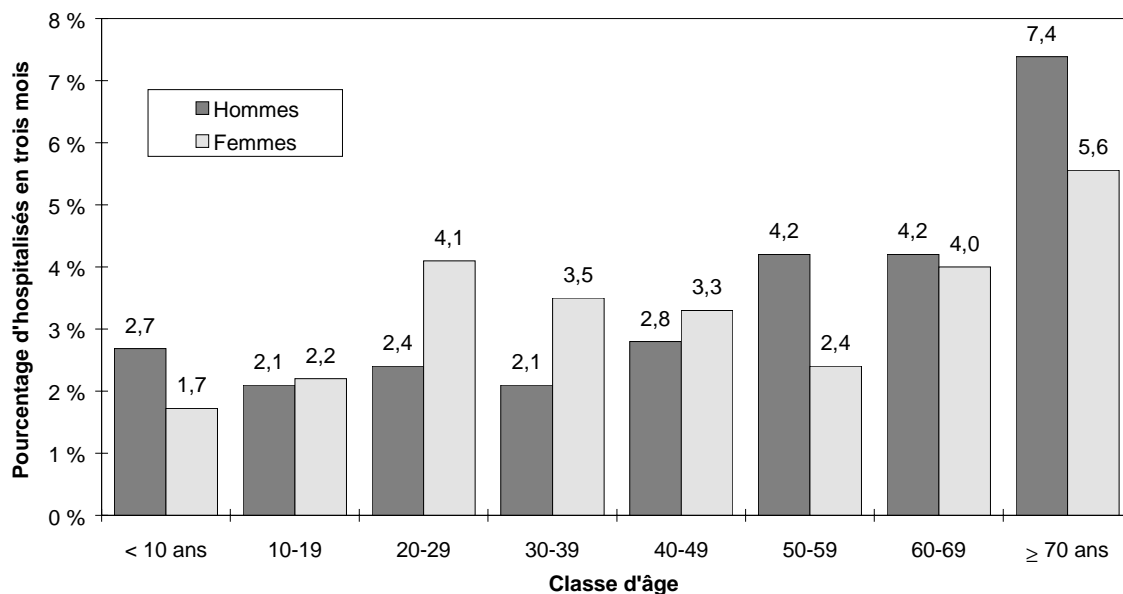
3,2 % des enquêtés (3,1 % des hommes et 3,2 % des femmes) déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours des trois mois précédant l'enquête (*Cf. Rapport annexe Tableau 66*).

### 7.1. L'hospitalisation selon l'âge et le sexe

Les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes sauf aux âges de la maternité. Le taux d'hospitalisés est plus élevé pour les petits garçons que pour les petites filles. Après la forte augmentation due aux grossesses chez les femmes de 20 à 29 ans, 4,1 %, le taux d'hospitalisées diminue ensuite jusqu'à 2,4 % pour les 50-59 ans. Après 60 ans, il augmente à nouveau régulièrement. Chez les hommes, le taux d'hospitalisés est relativement stable, entre 2,1 et 2,4 % jusqu'à 40 ans. Il passe ensuite à 2,8 % entre 40 et 49 ans, puis 4,2 % entre 50 et 70 ans.

A partir de 50 ans, le taux d'hospitalisés est plus élevé chez les hommes. Il augmente ensuite de manière très importante pour atteindre plus de 7 % chez les hommes de 70 ans et plus (*Cf. Graphique 88*).

**Graphique 88**  
**Taux d'hospitalisés en trois mois, selon l'âge et le sexe**  
France 1998 (Hospitalisation 98.xls/Taux par âge et sexe)



CREDES-ESPS 1998

## **7.2. L'hospitalisation selon l'activité**

Le taux d'hospitalisés est maximum pour les membres des ménages d'agriculteurs, 3,9% et ceux de ménages d'employés, 3,6 %. A l'opposé, les taux les plus faibles se rencontrent dans les ménages de cadres, 2,6 %. A âge et sexe comparable, ce sont les personnes vivant dans les ménages d'employés qui sont le plus souvent hospitalisées (indice=1,14) et celles des ménages de cadres qui le sont le moins souvent (indice=0,80).

Bien entendu, les retraités qui sont âgés sont fréquemment hospitalisés, 5,2 % en trois mois. Les autres inactifs, dont certains le sont pour raison de santé, sont également souvent hospitalisés, 7,1 %. Par contre, les étudiants, élèves et militaires du contingent sont moins souvent hospitalisés, mais leur taux d'hospitalisation atteint tout de même 2,2 %.

## **7.3. L'hospitalisation selon la couverture sociale**

8,3 % des personnes exonérées du ticket modérateur ont été hospitalisées au cours des trois derniers mois. Ces personnes sont très souvent hospitalisées mais la plupart d'entre elles ont un mauvais état de santé lié à l'existence de pathologies lourdes. Les personnes exonérées du ticket modérateur disposant en plus d'une couverture complémentaire sont en données brutes moins souvent hospitalisées que celles qui n'en disposent pas (8,5 % versus 7,7 %). Toutefois, à âge et sexe comparable, le phénomène s'inverse (indices 2,08 versus 2,37).

Pour les personnes non exonérées du ticket modérateur, l'absence de couverture complémentaire est associée à un plus faible taux d'hospitalisation, en brut, comme à âge et sexe comparable.

Les taux d'hospitalisés des personnes protégées par le régime général et le régime agricole sont voisins, alors que celui des indépendants est plus faible. A âge et sexe comparable, les personnes couvertes par la CANAM et la MSA sont moins hospitalisées.

## **7.4. L'hospitalisation des bénéficiaires de l'Aide médicale**

Les personnes bénéficiaires de l'aide médicale (AMG) sont beaucoup plus souvent hospitalisées que les autres. Pour les personnes disposant de l'AMG, la fréquence d'hospitalisation dans les trois mois précédant l'enquête est élevée, 5,8 %. Pourtant les bénéficiaires de cette aide sont relativement jeunes, l'âge moyen est de 30 ans, alors que les non bénéficiaires ont en moyenne 36 ans. Etant donné cette structure d'âge, le redressement par âge et sexe laisse persister une différence très importante entre les deux populations, indice 2,03 pour les personnes avec AMG et 0,96 pour les autres. Rappelons que les personnes disposant de l'AMG déclarent beaucoup plus d'affections que les autres dans la plupart des groupes pathologiques, mais plus particulièrement pour les affections respiratoires et les troubles mentaux. Il est également à noter que ces personnes consomment plus de séances de généralistes et de soins infirmiers.

## **7.5. L'hospitalisation selon la taille du ménage**

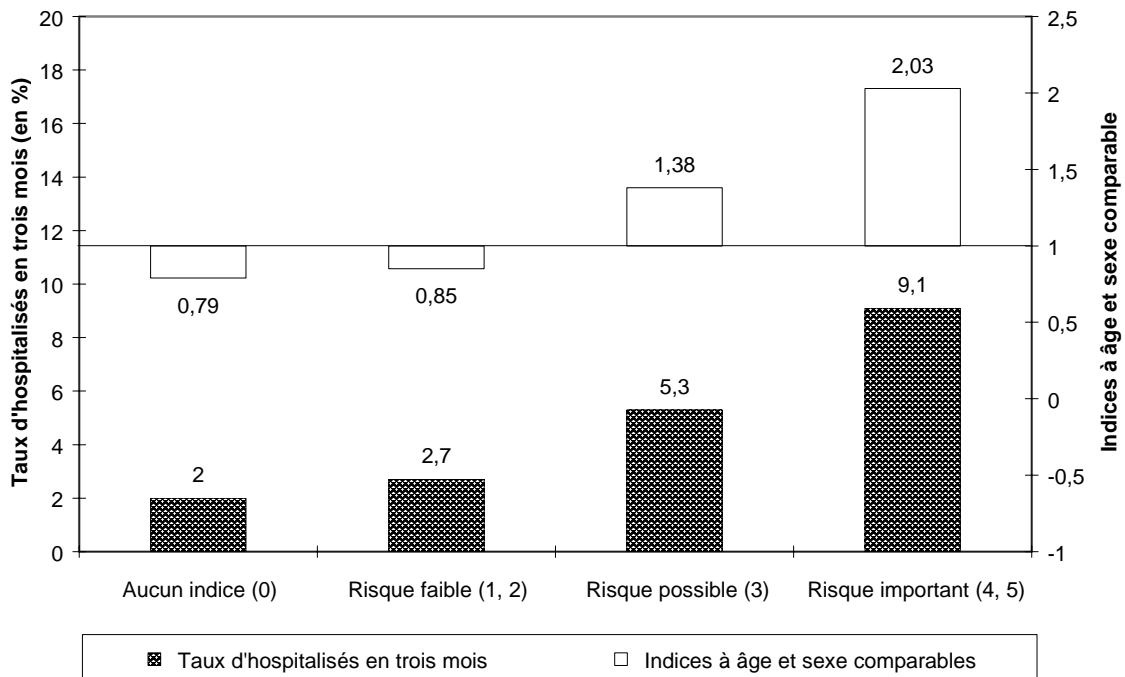
Le taux d'hospitalisation diminue avec la taille du ménage, de 5,1 % pour les ménages d'une personne à 2,2 % pour ceux de 6 personnes et plus. Rappelons toutefois que l'âge moyen des personnes diminue quand la taille du ménage augmente. A âge et sexe comparable, le taux d'hospitalisés reste toutefois élevé pour les ménages d'une personne (indice=1,35) et il est largement en dessous de la moyenne pour les ménages de 6 personnes et plus (indice=0,82).

## 7.6. L'hospitalisation et l'état de santé

Naturellement, l'hospitalisation augmente très rapidement quand l'état de santé se détériore. Cette augmentation s'observe aussi bien pour le risque vital que pour l'invalidité. La liaison entre le taux d'hospitalisés au cours des trois mois précédant l'enquête et les indicateurs pronostiques portés un jour donné a un sens au niveau statistique mais pas forcément au niveau individuel ; une femme hospitalisée pour accoucher, par exemple, n'a aucune raison particulière d'avoir une invalidité ou un pronostic vital élevé deux ou trois mois plus tard. Il en est de même pour de nombreuses interventions ou examens.

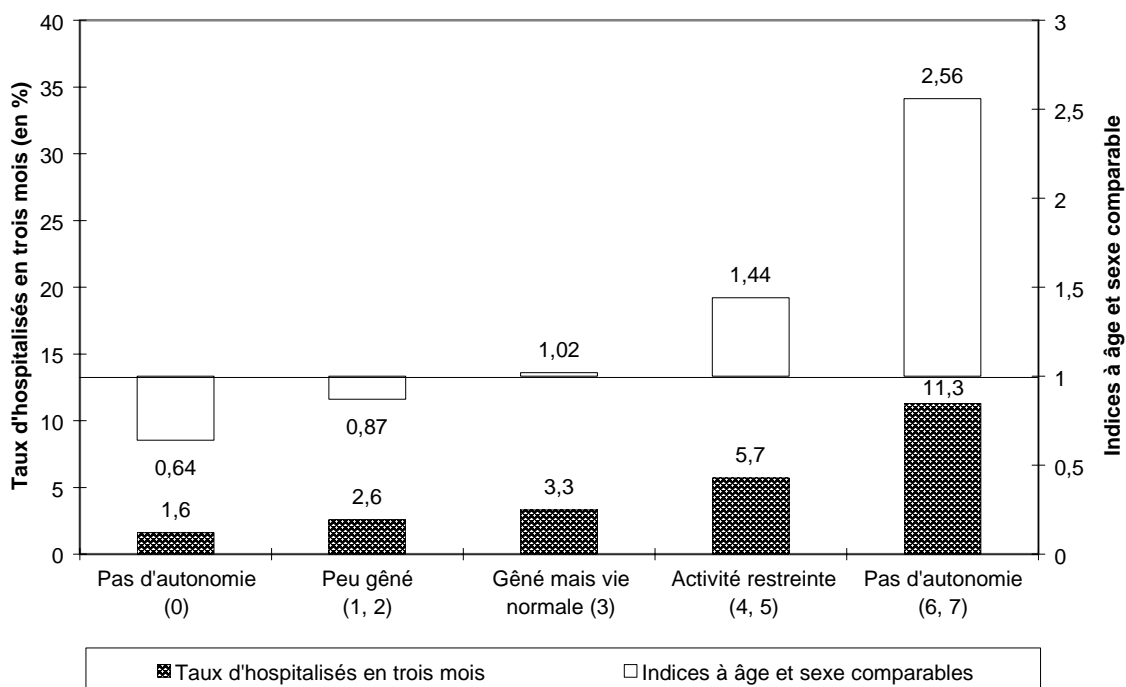
Le taux d'hospitalisés passe de moins de 2 % pour les personnes sans pronostic péjoratif sur le plan vital, indice 0,79, à plus de 9 % pour celles dont le risque sur le plan vital est important, indice 2,03 (Cf. Graphique 89). Parallèlement, ce taux passe de 1,6 % pour les personnes ne présentant aucune gêne ou gênées de façon infime à plus de 11 % pour celles n'ayant pas d'autonomie ou grabataires (Cf. Graphique 90). Les indices à âge et sexe comparable confirment ces taux très élevés.

**Graphique 89**  
**Taux d'hospitalisés en trois mois selon le pronostic vital**  
France 1998 (hospitalisation 98.xls/Graph RV )



CREDES-ESPS 1998

**Graphique 90**  
**Taux d'hospitalisés en trois mois selon l'invalidité**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

## **8. Renoncement aux soins et opinions sur la santé**

---



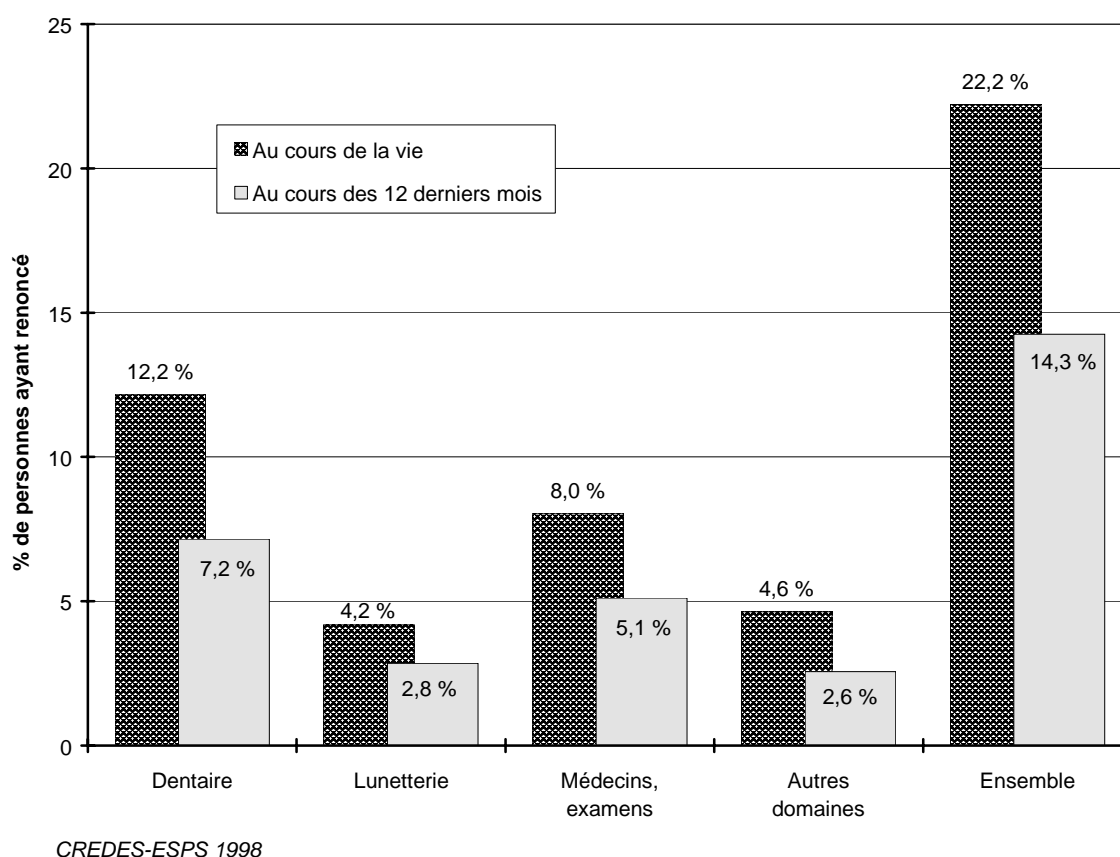
## 8. Renoncement aux soins et opinions sur la santé

L'enquête débute par une série de questions d'opinion sur la santé et sur les restrictions à se soigner entraînées par des problèmes financiers. Ces questions sont posées aux 7 936 personnes qui répondent personnellement à l'enquêteur ; elles ne concernent donc qu'une seule personne par ménage<sup>57</sup>, en général l'assuré principal.

### 8.1. Le renoncement aux soins pour motifs financiers

Plus de 22 % des personnes (1 764) ont déclaré avoir renoncé au moins une fois au cours de leur vie à des soins pour des raisons financières ; 15 % des personnes enquêtées déclarent avoir renoncé à 1 soin, 5 % à 2 soins et 2 % à 3 soins ou plus. Parmi ces personnes ayant renoncé, 64 % ont renoncé au cours de l'année précédant l'entretien alors que la protection maladie est généralisée et que 84 % des personnes interrogées bénéficient d'une couverture complémentaire (Cf. *Graphique 91 et Rapport annexe Tableau 67*).

**Graphique 91**  
**Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins**  
**pour motif financier, selon la nature et la date des soins**  
France 1998



<sup>57</sup> Pour cette raison, l'exploitation de ces questions posées à une seule personne du ménage est réalisée sur les données brutes observées.

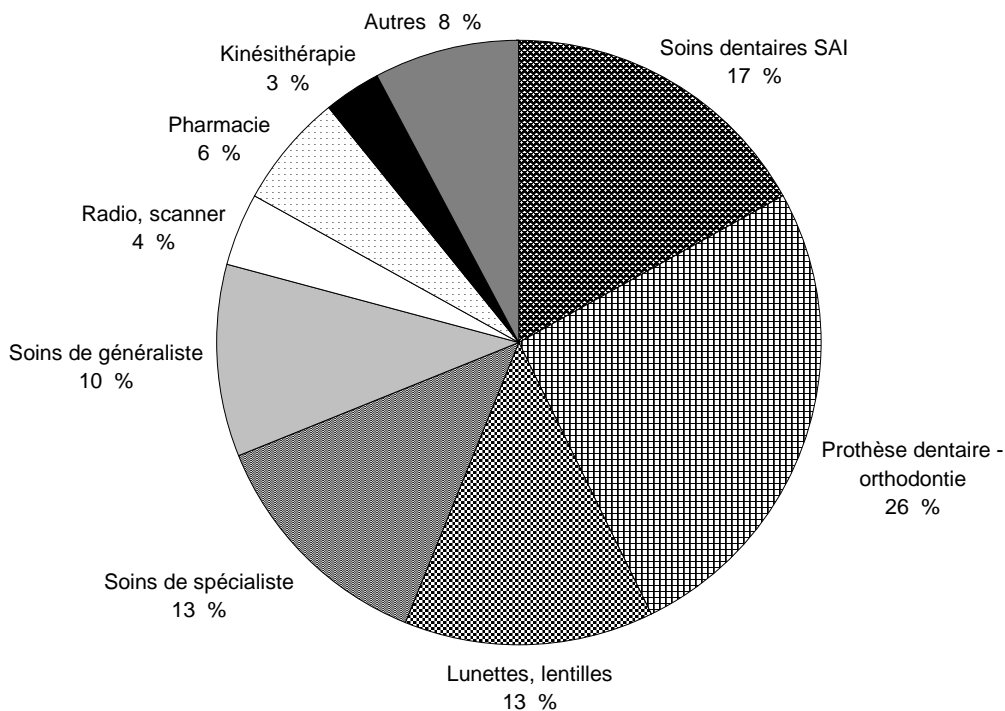


### 8.1.1. Le domaine dentaire fait l'objet du plus grand nombre de restrictions.

Les restrictions les plus fréquentes concernent le domaine dentaire (43 % des soins cités), avec vraisemblablement une confusion entre soins dentaires (17 %) et prothèses dentaires (26 %), puis les soins de médecin et examens (29 %), soit 13 % pour les soins de spécialiste, 10 % pour les soins de généraliste, 4 % pour l'imagerie et 2 % pour les analyses biologiques. Les autres restrictions concernent les lunettes (13 % des soins ayant entraîné une restriction), la pharmacie (6 %), la kinésithérapie ou les massages (3 %); les autres soins et les soins non précisés représentent 6 % (Cf. Graphique 92 et Rapport annexe Tableau 68).

La structure des restrictions au cours de l'année ayant précédé l'enquête est proche de celle de l'ensemble soit 41 % pour les soins et prothèses dentaires, 30 % pour les soins de médecin (respectivement 14 % pour les soins de spécialiste, 11 % pour les soins de généraliste, 4 % pour l'imagerie). Le renoncement aux lunettes représente 15 % des renoncements, la pharmacie 6 %, la kinésithérapie 4 %, la biologie 2 %.

**Graphique 92**  
**Répartition des renoncements pour motifs financiers au cours de la vie**  
**selon la nature des soins**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

### 8.1.2. La plupart des renoncements sont temporaires.

Au total, pour 100 personnes interrogées, on relève 32 soins médicaux qui ont donné lieu à un renoncement pour motifs financiers. Pour 20 % de ces soins les renoncements sont définitifs ; pour plus des trois quarts d'entre eux, les personnes déclarent reporter ces soins dans le temps, et ceux-ci seront donc réalisés plus tard. Pour 3 % des renoncements, les enquêtés n'ont pas encore pris leur décision ou n'ont pas répondu à la question (Cf. Rapport annexe Tableau 70).

Ces proportions dépendent de la nature des soins :

- ⇒ 28 % des soins de médecin auxquels les personnes déclarent avoir renoncé sont définitivement abandonnés. L'abandon définitif des soins est plus fréquent pour ce qui concerne les généralistes, (39 % des renoncements) qu'en ce qui concerne les spécialistes (22 %). Dans plus des deux tiers des renoncements, les soins de médecins sont reportés (69 %).
- ⇒ Si 86 % des soins ou prothèses dentaires auxquels les personnes déclarent avoir renoncé sont reportés à plus tard, 12 % sont cependant définitivement abandonnés.
- ⇒ Le renoncement définitif à des lunettes est rare : il concerne 5 % des cas de renoncement, 93 % étant reportés à une date ultérieure.

Ainsi, plus de 6 % des adultes déclarent avoir déjà reporté à plus tard des soins de médecin et presque 3 % y avoir définitivement renoncé. En ce qui concerne les soins dentaires, un peu moins de 2 adultes sur 100 déclarent avoir déjà définitivement renoncé à de tels soins, et 12 % déclarent les avoir déjà reportés à plus tard. Enfin, 4 % des adultes déclarent un report dans l'achat de lunettes et 2 pour 1 000 un renoncement définitif.

### **8.1.3. La moitié des demandes de paiement différé concerne les dentistes**

Afin de compléter les informations recueillies sur les difficultés d'accès aux soins pour raisons financières, des questions portant sur d'éventuelles demandes de délai de paiement faites à des praticiens ont été introduites.

Presque 7,4 % des adultes interrogés ont demandé au cours de l'année précédente un délai de paiement à un praticien. Ce pourcentage concerne l'ensemble des personnes interrogées, c'est-à-dire aussi bien les personnes ayant consulté que celles qui n'ont pas consulté au cours de l'année précédant l'enquête.

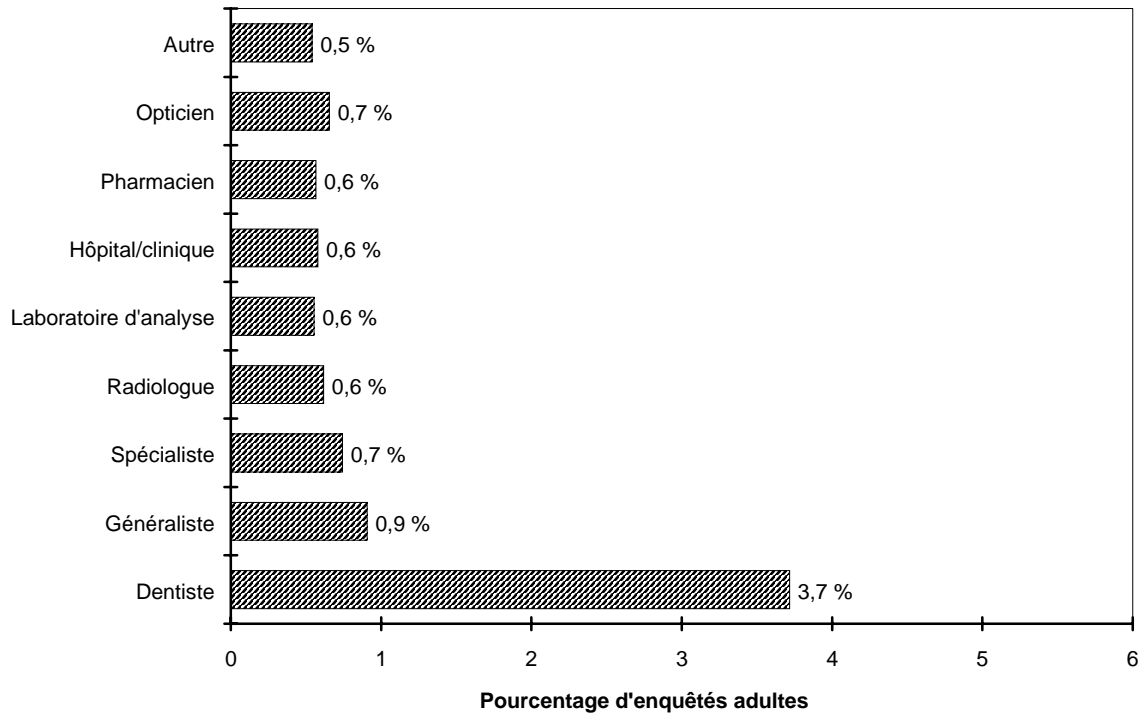
50 % des demandes de paiement différé sont faites auprès des dentistes ; ces demandes concernent 4 % de toutes les personnes interrogées, ayant ou non consulté un dentiste en cours d'année.

31 % des demandes sont faites auprès de médecins, 8 % auprès de laboratoires d'analyses médicales et presque 8 % concernent des hôpitaux ou cliniques.

Cette forte proportion de personnes demandant des facilités de paiement est particulièrement élevée chez les dentistes. Il est possible que cette pratique soit relativement ancienne chez ces praticiens du fait du coût élevé des prothèses dentaires et de leur faible prise en charge par les caisses de sécurité sociale. On notera également que 9 personnes pour 1 000 ont demandé à leur généraliste de différer leur paiement, malgré une avance de frais relativement faible, puisque le prix moyen d'une consultation de généraliste est évalué dans l'enquête à 129 francs, et celui d'une visite à 150 francs.

Si nous dressons rapidement les grandes caractéristiques de ces personnes, on constate qu'elles sont nombreuses parmi les jeunes, puisque 10 % des 16-39 ans ont demandé un délai de paiement et plus nombreuses également parmi les femmes (9 %). Par rapport à l'ensemble de la population adulte interrogée, on trouve davantage de personnes demandant des délais de paiement parmi les enquêtés au statut précaire, chômeurs, RMIstes, personnes dont les revenus sont relativement faibles. Bien entendu, elles sont plus nombreuses parmi la population ne disposant pas de couverture complémentaire maladie. On relève également une plus grande fréquence de cette pratique dans les ménages composés de 5 personnes et plus.

**Graphique 93**  
**Pourcentage d'enquêtés adultes ayant demandé des délais de paiement,**  
**selon la nature des praticiens concernés**  
France 1998



CREDES-ESPS 1998

Parmi ces personnes qui ont demandé un délai de paiement, moins de 52 % ont également déclaré avoir renoncé à des soins au cours de l'an passé. Ceci signifie donc que près de la moitié des personnes qui demandent des facilités de paiement, soit 4 % de tous les adultes interrogés, n'ont pas déclaré avoir renoncé à des soins et ne sont donc pas comptabilisés parmi les personnes ayant renoncé à se soigner pour raisons financières. Il est pourtant probable qu'une partie de ces personnes retardent leurs soins et se rapprochent donc de celles qui reportent leurs soins. Etant donné les difficultés qu'ont certains enquêtés à avancer les frais liés à différents soins, il n'est pas impossible qu'ils attendent leur remboursement, par la Sécurité sociale ou leur couverture complémentaire, pour payer le praticien.

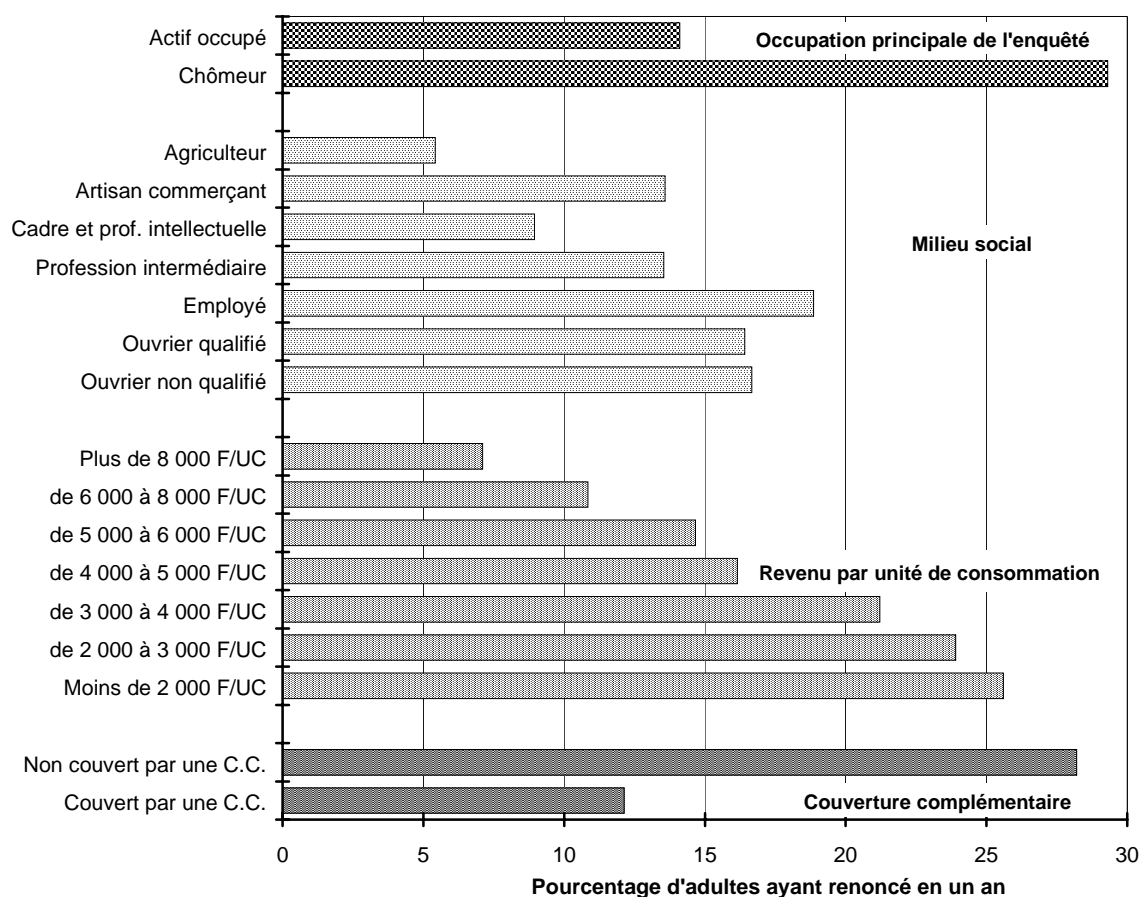
#### **8.1.4. La fréquence des renoncements au cours des douze derniers mois augmente quand le revenu diminue.**

Ce sont les personnes les plus âgées qui déclarent le moins souvent avoir renoncé à des soins. Ainsi, alors que 7 % des retraités déclarent avoir déjà dû renoncer à des soins cette proportion est de 14 % chez les actifs. Les personnes exonérées du ticket modérateur, qui sont relativement âgées (51 ans, contre 34 pour les non exonérées) et le plus souvent très malades, renoncent pourtant autant que les autres à des soins. Ceci traduit en fait, à âge équivalent, un renoncement plus important de ces personnes les plus atteintes. Ce sont les personnes dont l'état de santé est le meilleur ou au contraire le moins bon au vu des indicateurs de morbidité, risque vital et invalidité, qui renoncent le moins. Par contre, le nombre de renoncements est plus important pour les personnes dont l'état de santé est moyen ou médiocre.

Les femmes déclarent beaucoup plus souvent que les hommes avoir renoncé à des soins, respectivement 26 % et 18 % (17 % et 11 % au cours des 12 derniers mois).

Le motif du renoncement étant financier, il n'est pas surprenant de constater que le fait d'être en situation précaire ou d'être moins bien couvert pour les frais de santé augmente la fréquence des renoncements. Ainsi, 28 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent avoir renoncé à un soin médical au cours de l'année ; ce taux est moindre, même s'il n'est pas négligeable parmi celles ayant une couverture complémentaire (12 %) (Cf. Graphique 94). Les chômeurs sont particulièrement touchés par les restrictions puisque 29 % d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. De même, parmi les bénéficiaires du RMI ou de l'AMG, le taux de renoncement est pratiquement le double de celui des autres personnes.

**Graphique 94**  
**Taux de renoncement à des soins, au cours de l'année précédant l'enquête,**  
**selon certaines variables socio-économiques**  
 France 1998



CREDES-ESPS 1998

Le milieu social dans lequel vivent les individus entraîne de plus ou moins fortes restrictions. C'est dans les ménages de cadre supérieur et d'agriculteur que les restrictions sont les moins fréquentes et dans les ménages d'employé et d'ouvrier non qualifié que l'on en rencontre le plus souvent. Etant donné cette hiérarchisation sociale, on retrouve tout naturellement une diminution régulière des restrictions de soins avec l'augmentation des revenus.

Le taux de renoncement augmente avec la taille du ménage, à partir des ménages de deux personnes, pour atteindre un quart des adultes interrogés dans les ménages de six personnes et plus.

## 8.2. Les opinions sur les facteurs pouvant avoir une influence sur l'état de santé

Afin de connaître l'opinion des personnes interrogées sur les facteurs qui influencent l'état de santé, quatre questions sont posées concernant : les conditions de travail, les soins médicaux, l'environnement et les tensions à l'intérieur de la famille. Six réponses sont possibles : très importante, importante, moyennement importante, peu importante, pas du tout importante, sans opinion.

Les personnes interrogées attachent une grande importance aux quatre facteurs proposés susceptibles d'influencer l'état de santé. Parmi ceux-ci, l'influence positive des soins reçus est citée par 83 % des enquêtés, à quasi égalité, 80 %, avec l'importance de l'environnement (*Cf. Rapport annexe Tableau 71*).

Viennent ensuite les conditions de travail qui semblent importantes ou très importantes à 77 % des enquêtés, et les tensions familiales qui sont citées par 74 % des personnes.

Quel que soit le facteur étudié, les femmes croient davantage que les hommes à leur importance sur l'évolution de l'état de santé. La proportion de femmes qui considèrent chacun de ces facteurs importants ou très importants est de 85 % pour les soins reçus, 83 % pour l'environnement et 78 % pour les conditions de travail. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 81 %, 77 % et 76 % (*Cf. Rapport annexe Tableau 72*).

La plus grande différence d'appréciation entre hommes et femmes concerne l'influence des tensions familiales qui est importante ou très importante pour 79 % des femmes mais à peine plus des deux tiers des hommes. La sensibilité des enquêtés à ce facteur familial est particulièrement marquée chez les 40-64 ans qui sont 78 % à estimer que ce facteur a une influence importante ou très importante sur l'état de santé. Il semble logique de trouver cette réaction aux âges intermédiaires, âges où la fréquence des séparations et des conflits familiaux est probablement la plus importante.

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, l'influence des facteurs « condition de travail » et « environnement » semble un peu moins importante sur l'état de santé que pour les plus jeunes.

## **Conclusion**

---



## Conclusion

Cette première exploitation des observations recueillies lors de l'enquête santé et protection sociale de 1998, sur un échantillon double de celui des années précédentes, permet de confirmer l'importance de certains facteurs sur l'état de santé et les comportements de soins. Parmi ceux-ci, soulignons tout particulièrement l'effet du milieu social, de la présence ou de l'absence d'activité professionnelle, du revenu et de la couverture sociale.

Ainsi constate-t-on chez les chômeurs et les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale Généralisée (AMG) un état de santé nettement moins bon que la moyenne de la population, avec une forte proportion de personnes déclarant souffrir de troubles mentaux ou du sommeil, de troubles du système nerveux, de troubles digestifs et d'affections pulmonaires.

En terme de consommation de soins, il apparaît clairement que l'absence de couverture complémentaire maladie freine le recours au soins, et ce malgré un état de santé globalement moins bon que celui des personnes bénéficiant d'une complémentaire. Ce comportement concerne pratiquement tous les soins, notamment ceux de spécialistes, de dentistes, de kinésithérapeutes, mais aussi les soins de généralistes et les achats de médicaments. Seuls les soins d'infirmiers ne semblent pas affectés. De plus, les personnes sans couverture complémentaire, beaucoup plus nombreuses dans les populations défavorisées, renoncent davantage à certains soins médicaux pour raisons financières.

La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en janvier 2000 devrait normalement réduire ces renoncements ou reports de soins liés à des difficultés pécuniaires. L'enquête SPS 2000 tentera d'en évaluer les répercussions, notamment sur les comportements de soins des personnes qui bénéficieront de cette nouvelle couverture sociale.





## **Glossaire**

---



## Glossaire

**Affection de longue durée** : un malade peut être exonéré du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dans les cas suivants :

- s'il présente l'une des affections figurant sur une liste de 30 maladies, les critères médicaux définissant ces maladies ayant été précisés par le Haut Comité Médical de la Sécurité sociale ;
- s'il est atteint d'une forme évolutive et invalidante d'une affection caractérisée ne figurant pas sur la liste précédente. On dira alors que le malade est exonéré en HL (Hors Liste) ;
- s'il est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état invalidant global. On dira alors que le malade est exonéré en ALD32.

**Aide médicale** : l'Aide médicale est une des formes de l'aide sociale qui assure la prise en charge totale ou partielle (le montant du ticket modérateur) des soins médicaux, dès lors que les dépenses de soins paraissent hors de proportion avec les ressources de cette personne. Elle est souvent appelée Aide médicale généralisée ou Aide médicale gratuite c'est-à-dire AMG.

**Artisan-commerçant** : cette catégorie socioprofessionnelle comporte également les chefs d'entreprise de dix salariés ou plus.

**Assurance** : société commerciale à but lucratif recevant des primes de sa clientèle et versant en contrepartie, dans le domaine de la santé, des compléments aux remboursements effectués par les régimes obligatoires d'Assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires.

**Assuré** : un assuré est une personne affiliée à la Sécurité sociale et cotisant aux assurances obligatoires. Les assurés sont affiliés au système en fonction de leur propre situation professionnelle ou en fonction de droits qui leur sont ouverts personnellement. On peut aussi parler d'assuré à une couverture complémentaire, c'est alors la personne qui a souscrit le contrat de couverture complémentaire.

**Ayant droit** : personne couverte par un système de protection du fait de ses liens avec l'assuré.

**Bénéficiaire** : personne qui peut bénéficier d'une prestation au titre d'assuré ou d'ayant droit.

**Caisse de prévoyance** : organisme régi par le code de la Sécurité sociale, à but non lucratif, géré paritairement par les entreprises et les salariés adhérents.

**Débours** : c'est la somme effectivement déboursée par les ménages. Il s'agit du montant perçu par le médecin, dentiste, pharmacien, etc., sans tenir compte d'éventuels remboursements ultérieurs de la Sécurité sociale ou de couvertures complémentaires. En cas de *tiers payant*, le débours peut être partiel (*ticket modérateur, dépassement*) ou nul (*exonération du ticket modérateur, tiers payant mutuelle*).

**Dépassement de tarif** : différence entre les honoraires exigés par un membre d'une profession de santé et ceux fixés par une convention entre la profession et les caisses d'assurance maladie, ou par un texte légal ou réglementaire.

**Dépense** : la dépense médicale est le total des sommes dépensées par l'ensemble des financeurs : la Sécurité sociale, les couvertures complémentaires et les ménages. Dans l'étude sur les *séances* de médecin, on étudie les « dépenses intégralement payées » ; ces dépenses correspondent à l'ensemble des séances payées en intégralité c'est-à-dire sans *tiers payant*.

**Hospitalisation** : sont prises en compte les hospitalisations complètes traditionnelles (jour et nuit), et les hospitalisations de jour uniquement ou les hospitalisations de nuit uniquement. Ne sont pas pris en compte les séjours dans les établissements pour handicapés. Les passages ponctuels dans les services de consultation ou d'urgence pour des actes techniques ne sont pas considérés comme une hospitalisation ; par exemple, la mise en place à l'hôpital d'un plâtre pour une fracture du bras est un acte technique, certes réalisé en milieu hospitalier, mais qui n'entraîne pas pour autant une hospitalisation.

**Indice redressé par âge et sexe** : l'indice de consommation à âge et sexe égal d'une sous-population est le rapport de la consommation observée de cette sous-population à la consommation qu'elle aurait eu si les personnes de chaque classe d'âge et de sexe de cette sous-population consommaient comme les personnes de la même classe démographique appartenant à l'ensemble de la population. On a retenu pour ce calcul douze groupes démographiques et six classes d'âge par sexe. Dans le cas des taux (proportions de consommateurs), on rapporte le taux de chaque sous-population au taux qu'aurait eu l'ensemble de la population si elle avait eu la même structure démographique que la sous-population (contraste logistique).

**Milieu social** : il correspond au niveau agrégé de la profession ou catégorie socioprofessionnelle individuelle de la *personne de référence du ménage*. Il est donc le même pour toutes les personnes d'un ménage.

**Morbidité** : il s'agit des maladies ou des troubles de santé déclarés dans l'enquête par un individu. Cette morbidité déclarée est affinée par une relecture systématique des médecins codificateurs.

**Mutuelle** : les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui mènent dans l'intérêt de leurs membres et de leur famille des actions de prévoyance collective, de solidarité et d'entraide. Elles sont régies par le code de la Mutualité. Les membres de ces groupes adhèrent, sans obligation, en acquittant des cotisations qui leur ouvrent droit à des prestations et à l'accès à différents services. Dans le domaine de la santé, les mutuelles interviennent principalement pour assurer une couverture sociale complémentaire à l'Assurance maladie des organismes de Sécurité sociale.

**Personne de référence** : la « personne de référence » (PR) d'un ménage est une notion mise au point par l'Insee, qui remplace celle de « chef de famille ». Elle est basée sur la prédominance donnée à la famille (couple avec ou sans enfant, adulte sans conjoint avec enfant), au sexe masculin, à l'activité par rapport à l'inactivité et à l'âge. Elle permet de repérer une personne servant de pivot dans tout ménage, et de décliner, à partir de ce point fixe, les liens entre les personnes composant ce ménage. Dans cette étude, c'est à partir de la profession de la personne de référence que l'on crée la variable *milieu social*.

La règle précise est la suivante :

- si le ménage comporte au moins un couple, la PR est l'homme du couple, s'il y a plusieurs couples, on choisit l'homme le plus âgé des actifs ou à défaut d'actif le plus âgé ;
- si le ménage comprend au moins une famille monoparentale alors la PR est, parmi les parents de ces familles monoparentales, le plus âgé des actifs ou à défaut d'actif le plus âgé ;
- si le ménage ne comprend aucune famille, la PR est, parmi les personnes du ménage, à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgés des actifs ou, à défaut le plus âgé.

Dans la très grande majorité des ménages, la catégorie socio-professionnelle de la PR est donc simplement celle de l'homme adulte, ce qu'on appelait autrefois le « chef de famille », et cette notion souffre donc des mêmes imperfections que l'approximation du milieu social d'un ménage entier par celui du père de famille.

**Exonération du ticket modérateur** : les personnes exonérées du ticket modérateur ont leurs dépenses intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, dans les limites des tarifs en vigueur. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins liés à la maladie exonérante. Les dépassements de tarif restent à la charge des patients exonérés du ticket modérateur de même les soins ou produits non remboursables par l'Assurance maladie.

**Population active occupée** : les personnes qui ont une activité, salariée ou non, y compris comme employeur, comme personne à son propre compte, ou comme aide dans l'exploitation familiale (pour autant que l'activité dépasse 15 heures par semaine) ; on y inclut les personnes absentes de leur travail, congé, absence volontaire, empêchement temporaire de travailler par suite de conditions climatiques ou d'accidents techniques. Dans ce rapport, on utilise souvent le terme d'actifs dans le sens d'actifs travaillant ou d'actifs occupés, par opposition aux actifs chômeurs non occupés.

**Profession et milieu social** : la situation socioprofessionnelle résulte de la combinaison de plusieurs critères : profession individuelle (métier), secteur d'activité, statut juridique (salarié, travailleur indépendant, employeur), qualification et place dans la hiérarchie (pour les salariés), importance de l'entreprise (nombre de salariés) pour les chefs d'entreprise. Dans l'enquête ESPS, les retraités sont classés à leur ancienne profession.

Les professions étudiées :

- agriculteurs exploitants,
- artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
- cadres et professions intellectuelles supérieures,
- professions intermédiaires,
- employés (y compris personnels de service),
- ouvriers (y compris salariés agricoles).

**Revenu par unité de consommation** : le revenu peut être considéré comme une variable de niveau social (les ménages ayant un revenu élevé sont d'un niveau social plus favorable que ceux ayant un revenu faible), on utilise alors le revenu du ménage. Il peut aussi représenter une variable de ressources (financières) disponibles ; dans ce deuxième cas, il est nécessaire de tenir compte du nombre de personnes qui vivront de ce revenu, on utilise alors le revenu par unité de consommation. Pour tenir compte des économies d'échelle, toutes les personnes du ménage ne comptent pas comme une unité à taux plein, on crée une variable dite unité de consommation (selon l'échelle dite d'Oxford).

Le nombre d'unités de consommation d'un ménage est le nombre de parts entre lesquelles on divise le revenu disponible du ménage pour estimer ce dont dispose chaque individu pour vivre. S'il n'existait aucune consommation partagée, ce nombre serait exactement égal à la taille du ménage ; cependant, il ne coûte pas aussi cher de vivre à plusieurs ensemble que séparément : un couple ne consomme par exemple pas deux fois plus d'électricité qu'un célibataire. C'est pourquoi le nombre d'unités de consommation est en général inférieur à la taille du ménage. Dans la présente étude, on calcule le nombre d'unités de consommation comme suit : 1 pour le premier adulte rencontré dans le ménage, + 0,7 pour chaque individu supplémentaire de plus de 14 ans et 0,5 pour chaque individu supplémentaire de moins de 14 ans. Ainsi, un couple avec deux jeunes enfants sera compté pour 2,7 unités de consommation.

On rapporte le revenu du ménage au nombre d'unités de consommation pour obtenir le « revenu par unité de consommation ».

#### Précaution d'utilisation du revenu par unité de consommation

- Le revenu du ménage est généralement connu avec une forte marge d'erreur (grand nombre de non déclarations, oublis fréquents de certains revenus,...). De plus, dans cette enquête, pour simplifier la tâche de l'enquêté et ne pas lui donner un sentiment d'inquisition, on lui demande de se situer dans une échelle de 10 classes de revenus, dont on lui fournit les limites annuelles et mensuelles. Par conséquent, pour le calcul du revenu par unité de consommation, les revenus, non connus précisément, sont remplacés par le centre de la classe à laquelle ils appartiennent, ce qui introduit un élément d'imprécision supplémentaire.
- Il faut noter que lorsque la taille du ménage augmente (et le nombre d'unités de consommation), le revenu du ménage augmente également alors que le revenu par unité de consommation diminue. Les effets du revenu du ménage et du revenu par unité de consommation sont donc entachés d'un biais dérivé de l'effet taille du ménage.

**Revenu minimum d'insertion (Rmi) :** la loi sur le Rmi a été votée par le Parlement le 1<sup>er</sup> décembre 1988. Elle a été modifiée le 29 juillet 1992.

Qui peut en bénéficier ? Toute personne résidant en France dont les ressources n'atteignent pas un certain montant, et qui s'engage à participer aux actions ou aux activités définies avec elle, nécessaires à son insertion sociale ou professionnelle. Il faut avoir au moins 25 ans (ou assumer la charge d'un ou plusieurs enfants ou en attendre un). Les étudiants de plus de 25 ans sont exclus du bénéfice du Rmi (sauf si la formation est prévue dans le cadre du Rmi). La nationalité française n'est pas obligatoire. Les étrangers résidant en France doivent être titulaires d'un des titres de séjour exigé.

Quel montant ? L'allocation est égale à la différence entre le plafond calculé selon la composition de la famille et l'ensemble des ressources entrant au foyer. Le plafond mensuel est, en métropole de 2 502,30 francs maximum pour une personne seule depuis janvier 1999. Ce montant évolue en fonction du nombre de personnes à charge.

Le Rmi entraîne l'ouverture éventuelle de droits sociaux complémentaires notamment l'affiliation, par le biais de l'assurance personnelle, à l'assurance maladie des bénéficiaires du Rmi qui ne sont pas couverts par ailleurs. Les cotisations sont prises en charge par l'aide sociale départementale. De plus, grâce à la réforme de l'aide médicale en juillet 1992, les bénéficiaires du Rmi et leurs ayants droits bénéficient de plein droit à l'Aide médicale généralisée. Cette admission est totale, elle comprend la prise en charge intégrale des dépenses de soins et du forfait journalier, la dispense d'avance des frais de soins, et, s'il y a lieu, la couverture des cotisations du régime de l'assurance personnelle.

**Séance** : entrevue entre un patient et un producteur de soins dans l'exercice de sa profession, soit dans un local professionnel (consultation), soit au domicile du patient (visite). La notion de séance et sa ventilation en consultation et visite ne recouvre pas exactement celle de C et V, en particulier en cas de séances cotées en Z ou K, ou de « visites » multiples dans un même foyer.

**Taux de couverture de la population** : pourcentage de la population couverte par l'Assurance maladie ou par une couverture complémentaire.

**Ticket modérateur** : pourcentage d'un tarif ou d'un prix laissé à la charge de la personne protégée. Actuellement pour les séances de médecin, le ticket modérateur de l'Assurance maladie est de 30 % du tarif conventionnel.

**Tiers payant** : système évitant à l'assuré de faire l'avance des frais et lui permettant de déboursier uniquement le ticket modérateur. Le tiers payant peut être étendu à certaines couvertures complémentaires. En cas de *tiers payant*, la Sécurité sociale paie directement au médecin, dentiste, pharmacien, etc., la somme à sa charge, laissant au patient le soin de payer le reste (*ticket modérateur, dépassement*). En cas d'accord entre la couverture complémentaire et le producteur, le tiers payant peut être étendu, pour tout ou partie, à ces sommes (ticket modérateur, dépassement).



# **Annexe méthodologique**

---



## A. METHODE D'ENQUETE<sup>58</sup>

### A.1. L'enquête santé et protection sociale

En 1977, le Service d'Etudes et de Réalisations Statistiques de la CNAMTS a élaboré avec l'aide du CREDES un échantillon permanent d'assurés sociaux du régime général (EPAS) dans un double but : aider au moyen de simulations à la gestion des risques de l'Assurance maladie, et donner un nouvel outil à l'analyse de long terme.

La base de sondage est constituée du fichier "assurés" et du fichier "prestations" du régime général.

Cet EPAS, dont la représentativité s'est progressivement améliorée pour couvrir l'ensemble du territoire en 1990, permet d'obtenir des informations sur un échantillon au 1/1200<sup>ème</sup> des assurés du régime général : âge, sexe, consommations médicales remboursées.

Pour compléter ces informations, le CREDES a mis au point l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) qui a débuté en 1988. En quatre ans, et à raison de deux vagues par an, plus de 22 000 assurés sociaux du régime général ont été enquêtés ainsi que les membres du ménage auquel ils appartiennent<sup>59</sup>.

Depuis 1994, l'échantillon s'est étendu aux ménages dont un membre au moins est assuré au Régime des professions indépendantes. En 1996, il s'est étendu au régime des professions agricoles.

Cette enquête relève des données démographiques, socio-économiques, de morbidité, de protection sociale et de consommation médicale.

Les principales informations sont acquises dès le premier contact grâce au questionnaire principal, administré par l'enquêteur et qui porte sur :

- des questions d'opinion relatives au système de santé et de protection sociale,
- les caractéristiques socio-économiques des membres du ménage,
- les modes de protection en cas de maladie,
- l'hospitalisation et la fréquentation d'établissements pour handicapés.

Lors des contacts suivants, l'enquêteur termine le questionnaire par les points ci-dessous :

- la survenue d'un événement traumatisant,
- la nationalité,
- les revenus.

Le ménage enquêté doit également remplir lui-même certains documents dont les plus importants sont :

- le questionnaire santé, qui comprend les informations de morbidité pour chaque membre du ménage,
- le "carnet de soins", qui permet de relever pendant 30 jours les consommations médicales de tout le ménage, c'est-à-dire tous les soins ou examens médicaux reçus, tous les biens médicaux acquis et les hospitalisations.

L'enquête se déroule selon deux modalités différentes, soit par téléphone, soit par un enquêteur qui se déplace au domicile du ménage.

---

<sup>58</sup> Pour plus de précisions sur la méthode d'enquête, cf. S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph Le Fur « Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, Mise à jour », CREDES n°1234.

<sup>59</sup> Les données relevées dans cette enquête sont strictement anonymes.

Depuis 1988, un quart de l'échantillon complet est enquêté tous les ans. L'échantillon entier a donc été enquêté une première fois de 1988 à 1991, puis une seconde de 1992 à 1995, puis une troisième fois de 1996 à 1998. L'échantillon de 1998, qui est la base de cette étude, a été doublé. Il a regroupé les échantillons déjà tirés en 1994 et 1995. Par conséquent, il n'y a pas d'enquête en 1999.

Le tirage du sous-échantillon du panel, est effectué par le Centre National de Traitement Informatique (CENTI) de la CNAMTS, et les services informatiques de la CANAM et de la MSA.

Les numéros de téléphone correspondant aux adresses communiquées sont recherchés, ce qui permet d'établir deux fichiers :

- 1) Pour les assurés dont on a trouvé le numéro de téléphone, on utilise la "modalité téléphonique" qui comprend quatre appels :
  - deux appels d'explication et de recueil d'informations,
  - un troisième appel de soutien,
  - un quatrième et dernier appel de questions complémentaires et de remerciements.

Entre le premier et le second appel, des documents sont envoyés à l'assuré ; ces documents sont :

*dans tous les cas :*

- . un carnet de soins pour le ménage,
- . et autant de questionnaires de santé que de personnes présentes dans le foyer au moment de l'enquête.

*éventuellement :*

- . un questionnaire "hospitalisation",
- . un questionnaire "établissement spécialisé",
- . un questionnaire "couverture complémentaire",
- . un questionnaire "contrat de suivi médical",
- . un questionnaire "accident de la vie courante".

Ces documents sont expliqués lors des deuxième et troisième appels, puis sont renvoyés par les enquêtés directement à la société d'enquête, avant le dernier appel.

Le recueil de l'information est réalisé sur informatique à l'aide du logiciel Pollux<sup>60</sup>.

- 2) Les assurés pour lesquels on ne dispose pas du numéro de téléphone (à peu près 40 % de l'échantillon) sont enquêtés à domicile ; cette "modalité par déplacement d'enquêteur" comprend deux visites.

La première visite remplit les mêmes fonctions que les trois premiers appels de la modalité téléphonique ; c'est-à-dire que l'enquêteur pose la majeure partie du questionnaire principal et laisse à l'enquêté les documents à remplir ; la deuxième visite permet de récupérer les documents et d'en vérifier le remplissage et la cohérence.

L'ensemble du travail sur le terrain a été assuré par ISL (Institut de sondage Lavalie).

Entre le premier et le dernier appel téléphonique, de même qu'entre deux visites, un mois au moins s'est écoulé afin de respecter la durée de remplissage par l'enquêté du carnet de soins.

Le travail de chiffrage des questions médicales, effectué par des médecins, est facilité par les modalités de l'enquête ; un système de va et vient des documents entre les sociétés d'enquêtes et le centre de chiffrage permet en effet aux médecins chiffreurs de poser des questions à l'enquêté par

---

<sup>60</sup> Logiciel commercialisé par Conversoft.

l'intermédiaire de l'enquêteur. Le chiffrage médical est également informatisé à l'aide du logiciel Pollux.

Pour harmoniser le travail des enquêteurs, des journées de formation sont organisées avec la participation des membres du CREDES. Le chiffrage médical est assuré par la société ISL avec la collaboration du CREDES.

## A.2. Taux de participation

Sur l'ensemble des adresses fournies par les 3 caisses de Sécurité sociale, près d'un tiers ne peuvent être jointes en raison de la mauvaise qualité des adresses. Parmi les assurés joints, un tiers refuse de participer à l'enquête dont 3 % en raison de problème de santé. Au total, pour l'enquête 1998, 23 160 personnes ont été enquêtées.

**Tableau n° 3**  
**Résultats de participation à l'enquête**  
France 1998

Année 1998	effectif total	En % adresses exploitables	En % du champ
Adresses de départ (avec n0 en double)	18 076		
Adresses exploitables (sans double n0)	17 705	100,0%	
<b>Personnes non jointes</b>	<b>5 510</b>	<b>31,1%</b>	
Problème d'adresse	4 324	24,4%	
<i>dt pb fichiers adresse</i>	4 015		
<i>dt annulés ISL/CREDES</i>	199		
<i>dt doubles noms</i>	110		
Assuré non joint	1 186	6,7%	
<i>dt absent*</i>	377		
<i>dt décédé</i>	187		
<i>dt sans réponse</i>	622		
<b>Personnes jointes</b>	<b>12 195</b>	<b>68,9%</b>	<b>100,0%</b>
Acceptés	7 996	45,2%	65,6%
Refus ou impossibilité	4 199	23,7%	34,4%
<i>dt problème de santé</i>	378		3,1%
<i>dt déjà enquêtés</i>	472		3,9%
<i>dt refus autre</i>	3 349		27,5%
Nb personnes enquêtées	23 160		
Nb de personnes retenues	23 035		

\* assuré principal absent de longue durée, en maison de retraite

CREDES-ESPS 1998

En 1998, la participation a été moins bonne que les années précédentes, notamment en raison de l'ajout de questionnaires administrés qui ont fortement surchargé l'enquête. Le taux de retour des questionnaires auto-administrés est inférieur aux années précédentes. Alors qu'entre 1995 et 1997, entre 75% et 78% des questionnaires santé étaient exploitables, en 1998 ce taux n'est que de 71 %. Pour le carnet de soins, les écarts sont plus importants, le pourcentage de personnes avec un carnet de soins passe d'environ 71 % les années précédentes à 64 % pour cette enquête 1998 (Cf. Tableau n° 4).

**Tableau n° 4**  
**Résultats concernant les différents documents de l'enquête**  
 France 1998

Année 1998	Effectif brut
<b>Niveau ménage</b> <b>Questionnaire principal complet</b> Nombre de questionnaires principaux complets % de ménages ayant un questionnaire principal complet	6 642 84 %
<b>Niveau personne</b> <b>Questionnaire santé</b> Nombres de questionnaires exploitables % de personnes ayant un questionnaire exploitable <b>Carnet de soins</b> Nombre de personnes ayant un carnet de soins exploitable % de personnes ayant un carnet de soins exploitable	16 288 71 % 14 641 64 %

CREDES-ESPS 1998

### A.3. Calcul des pondérations affectées à chaque membre

Le tirage au sort de l'échantillon des personnes à enquêter a été effectué dans les fichiers des assurés du régime général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes et de la Mutualité Sociale Agricole. Ce tirage détermine l'assuré principal.

La pondération mise en place a pour but :

1. d'une part de redonner un poids correct aux assurés de la CANAM et de la MSA par rapport aux assurés de la CNAMTS (les assurés de la CANAM et de la MSA sont au départ surpondérés afin que leur effectif soit suffisamment important pour pouvoir exploiter les résultats obtenus),
2. d'autre part, de donner un poids égal à tous les ménages, qu'ils aient un ou plusieurs membres assurés.

## B. COMPARAISON AVEC LES DONNEES MACRO-ECONOMIQUES

Les informations recueillies auprès d'un échantillon aléatoire de ménages ne recouvrent pas exactement les agrégats macro-économiques, car d'une part, les champs d'observation ne sont pas rigoureusement les mêmes, et d'autre part, les définitions des unités sont différentes. Enfin, quelles que soient les sources et les méthodes utilisées, les estimations statistiques ne sont que des reflets de la réalité et sont toutes entachées d'erreurs spécifiques.

Compte tenu de ces réserves générales, il est intéressant de mettre en regard certaines données issues de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 1998 avec des informations tirées des comptes nationaux de la santé ou directement des statistiques de prestations versées par le régime général de Sécurité sociale.

## **B.1. Les séances de médecin**

### **B.1.1. L'enquête santé protection sociale 1998**

Les données de consommation issues de l'enquête portent sur 1 mois, mais l'observation ne couvre pas toutes les périodes de l'année ; pour des raisons techniques liées au tirage de l'échantillon aucun ménage n'est observé pendant les mois d'hiver janvier, février, mars et durant les mois d'août et septembre. Pour extrapoler à l'année, les données mensuelles sont multipliées par douze.

D'après l'enquête SPS 1998, chaque personne a eu 3,6 séances de généraliste et 2,3 séances de spécialiste en un an.

### **B.1.2. Les comptes nationaux de la santé**

A partir de l'ensemble des données statistiques disponibles, les comptables nationaux estiment qu'en 1997 chaque habitant a "contacté" 4,8 fois un omnipraticien et 3,3 fois un spécialiste.

La notion de "contact" est assez proche de celle de "séance" retenue dans l'enquête, cependant, une part des écarts observés peut être expliquée par des différences de champ ou de définition.

Facteurs de différence entre les comptes nationaux et l'enquête SPS :

- Une partie des soins dispensés à des patients hospitalisés dans des établissements privés n'est pas facilement isolable et se trouve comptabilisée dans les soins ambulatoires dans les agrégats macro-économiques.
- La notion de "contact" recouvre celle de séance mais avec une marge d'imprécision pour les séances comprenant plusieurs actes techniques cotés en K, KC ou Z, effectués le plus souvent par des spécialistes, et qui doivent être de ce fait un peu surestimées dans les comptes de la santé.

#### **Causes de sous-estimations de l'enquête :**

- Les personnes âgées et surtout très âgées, consommatrices importantes de soins médicaux, sont sous-représentées dans l'enquête :
  - les personnes résidant en maison de retraite ne sont pas enquêtées et exceptionnellement celles vivant en logement-foyer,
  - beaucoup de personnes âgées vivent seules et lorsqu'elles sont en déplacement ou hospitalisées l'enquête ne peut avoir lieu,
  - leurs taux de refus sont élevés, les personnes âgées sont moins familiarisées avec le téléphone, elles peuvent avoir des difficultés à entendre ou avoir peur de recevoir un enquêteur, etc.
- De manière bien compréhensible, les familles où se trouve un grand malade, ou touchées par un décès, participent moins souvent à l'enquête.
- Les personnes enquêtées oublient ou négligent de noter une part de leurs consommations médicales sur les documents prévus à cet effet. Cette omission est certainement d'autant plus fréquente dans les ménages nombreux que souvent, une seule personne remplit les documents pour toutes les personnes de ce ménage.
- Enfin, certains enquêtés peuvent volontairement dissimuler une partie de leurs soins.

### B.1.3. Les statistiques des régimes d'Assurance maladie

A partir des prestations nationales élaborées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et d'estimation du nombre de personnes protégées, on établit le nombre de consultations et de visites d'omnipraticien ou de spécialiste par personne protégée.

Pour le régime général, le nombre de C d'omnipraticien est de 3,6 par personne et par an alors que dans l'enquête on observe 3,0 séances de généraliste dans un local professionnel, soit une différence de 20 %.

Par contre, pour les visites, l'écart est deux fois plus important, 1,2 V d'omnipraticien au régime général et 0,7 séance au domicile du patient dans l'enquête SPS : ceci s'explique en partie par la sous-représentation dans l'enquête tant des personnes âgées que des personnes défavorisées, deux sous-groupes fort consommateurs de visites de généraliste à domicile (Cf. Tableau n° 5).

**Tableau n° 5**  
**Les soins de médecin à partir de différentes sources**  
France 1998

Nombre par personne et par an	Omnipraticien domicile	Omnipraticien local professionnel	Ensemble omnipraticien	Spécialiste	Ensemble médecin
<i>Comptes Nationaux</i> Nombre d'actes en 1997, par habitant	-	-	4,8	3,3	8,1
<i>Statistiques du régime général</i> Contacts en 1998, par personne (V et C)	V omniprat 1,2	C omniprat 3,6	V+C omni 4,8	V + C 1,6	V + C 6,7
<i>Enquête SPS</i> Séances par personne en 1998	0,7	3,0	3,6	2,3	5,9

Sources : - Comptes nationaux de la santé  
- Programme ECO Santé France du CREDES  
- ESPS 98

### B.2. Les dépenses de pharmacie

Aux causes de sous-estimations mentionnées plus haut s'ajoute le fait que dans le domaine médical comme dans les autres domaines de la consommation, les oublis sont plus nombreux pour les consommations peu onéreuses, fréquentes ou considérées comme moins importantes.

Nombre de produits achetés sans prescription ou de manière régulière, avec un prix modeste, surtout si c'est par une autre personne du ménage que celle qui remplit le carnet de soins, ne sont pas relevés.

Les dépenses de pharmacie estimées à partir des informations relevées dans l'enquête semblent très sous-estimées : d'après les comptes nationaux, la dépense de produits pharmaceutiques par habitant est de 2 346 francs en 1998, la dépense reconnue relative aux produits pharmaceutiques remboursés par le régime général est de 1 911 francs et la dépense estimée dans l'enquête est de 1 163 francs.



### B.3. Les valeurs relatives

Pour éviter de présenter des chiffres sous-estimés par rapport aux sources provenant de données statistiques d'activité ou de prestations, on construit donc un indice que l'on appellera par la suite « valeur relative ». Cette valeur est utilisée pour l'étude des consommations de soins de médecins et de pharmacie.

Pour les séances de médecin, nous utilisons comme base de référence, la moyenne de la dépense (ou du débours) de l'ensemble des consultations de généraliste et pour la pharmacie, la dépense moyenne de pharmacie sur l'ensemble de la population.

Pour une catégorie J (par exemple, les jeunes), en distinguant les consultations C, les visites V, les spécialistes S ainsi que la pharmacie P, on a les formules suivantes :

$$I_J^1(C) = \frac{(1/N_J) \sum_{i \in J} C_i}{(1/N) \sum_i C_i}$$

$$I_J^1(V) = \frac{(1/N_J) \sum_{i \in J} V_i}{(1/N) \sum_i C_i}$$

$$I_J^1(S) = \frac{(1/N_J) \sum_{i \in J} S_i}{(1/N) \sum_i C_i}$$

$$I_J^1(P) = \frac{(1/N_J) \sum_{i \in J} P_i}{(1/N) \sum_i P_i}$$

## C. LE RECUEIL DE LA MORBIDITE

### C.1. Méthode de mesure de la morbidité : des déclarations interprétées par des médecins

La morbidité prévalente un jour donné est estimée à partir d'un questionnaire individuel, appelé "questionnaire santé", comportant :

- une liste de noms de maladies ou de noms de symptômes, visant à couvrir le champ de la pathologie et aidant l'enquêté à déclarer ses troubles de santé actuels,
- un enregistrement des noms de médicaments consommés au moment de l'enquête,
- un relevé du poids et de la taille permettant d'enregistrer une obésité éventuelle,
- une question sur les interventions chirurgicales subies depuis la naissance,
- des questions sur l'aptitude à se déplacer et à faire sa toilette, avec ou sans difficultés,
- une interrogation sur le port de prothèses, l'état dentaire, et le tabagisme.

Ce questionnaire est auto-administré : théoriquement, chaque personne appartenant au ménage enquêté doit remplir elle-même le questionnaire la concernant. Les questionnaires des enfants en bas âge sont remplis par des adultes (le plus souvent la mère) mais ceux de certaines personnes âgées ou très âgées sont remplis par l'enquêteur dans le cas d'enquête par interview directe.

Ainsi, la morbidité prévalente recensée dans notre enquête est en quelque sorte "établie" par les médecins chargés du chiffrage, à l'aide de l'ensemble de ces données. Au vu des médicaments consommés et des maladies déclarées, les médecins peuvent être amenés à poser des questions aux enquêtés, par l'intermédiaire de l'enquêteur ; pourquoi la consommation de tel produit, alors qu'aucune des pathologies déclarées ne permet de l'expliquer ? Au vu également des interventions subies on peut interpréter des maladies mal précisées.

Outre les données recensées dans le questionnaire individuel, les médecins chargés du chiffrage utilisent des informations contenues dans le questionnaire principal, telles que la notion de pension d'invalidité, de cessation d'activité pour raison de santé, d'exonération du ticket modérateur, d'antécédents d'hospitalisation etc.

## **C.2. La classification des maladies**

La classification des maladies utilisée dans le corps de ce rapport est la classification CREDES. Les codes de cette classification sont composés :

- des quatre premiers chiffres de la Classification Internationale des Maladies 9ème révision (CIM),
- d'un cinquième et sixième chiffres spécifiques au CREDES et qui permettent de détailler certaines pathologies.

Le regroupement de ces codes en 21 chapitres diffère des chapitres de la CIM car :

- la plupart des symptômes ont été affectés dans les chapitres répondant aux appareils concernés ; ainsi par exemple, les coliques néphrétiques qui, dans la CIM, se trouvent dans le chapitre "Symptômes et états mal définis", ont été classées dans le chapitre "Maladies des organes génito-urinaires" dans la classification CREDES ;
- le chapitre "Système nerveux et organes des sens" de la CIM a été ventilé dans la classification CREDES en 3 chapitres : "Système nerveux", "Ophtalmologie" et "ORL" ;
- le chapitre "Affections périnatales" de la CIM a été regroupé avec le chapitre "Anomalies congénitales" de cette même CIM pour former, dans la classification CREDES, le chapitre "Affections périnatales et congénitales".

## **C.3. Les indicateurs de morbidité**

Les indicateurs de morbidité utilisés par le CREDES dans ses enquêtes sont le risque vital et le degré d'invalidité. Par indicateur, il faut comprendre indications synthétiques, c'est-à-dire synthèse : en l'occurrence, synthèse de l'influence de la morbidité sur le pronostic vital et synthèse de l'influence des diverses pathologies sur le niveau d'invalidité.

Cette synthèse est réalisée, à l'issue de la codification, par les médecins chargés du chiffrage médical.

L'âge en tant que tel n'est pas un facteur qui, pris isolément, influe sur les indicateurs de morbidité. Par contre, associé à l'état de santé, il intervient comme facteur pouvant aggraver ou au contraire améliorer les notes affectées par les médecins chiffreurs.

Pour être prises en compte dans cette synthèse, les pathologies doivent être permanentes ou chroniques.

Le degré d'invalidité est codé en 8 positions et le risque vital en 6 positions.

**Invalidité**

- 0 pas de gêne
- 1 gêné de façon infime
- 2 peu gêné
- 3 gêné, mais mène une vie normale
- 4 doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques
- 5 activité réduite et/ou ralentie
- 6 n'a pas d'autonomie domestique
- 7 alitement permanent
- .....
- 8 impossible à déterminer (par manque d'information)
- 9 personne décédée en cours d'enquête

**Risque vital**

- 0 aucun indice de risque vital
- 1 pronostic péjoratif très très faible
- 2 pronostic péjoratif faible
- 3 risque possible sur le plan vital
- 4 pronostic probablement mauvais (plus de 50 % de décès dans les 10 ans)
- 5 pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de décès dans les 5 ans)
- .....
- 8 impossible à déterminer (par manque d'information)
- 9 personne décédée en cours d'enquête

Pour établir le risque vital et le degré d'invalidité, les médecins chiffreurs prennent en compte :

- les pathologies déclarées sur le questionnaire santé,
- le niveau de handicap des membres supérieurs et inférieurs déclaré sur le questionnaire santé,
- l'exonération du ticket modérateur,
- la notion "ne travaille pas pour raison de santé", information recueillie sur le questionnaire principal,
- la lourdeur des traitements en cours sur le carnet de soins,
- la fréquentation d'un établissement spécialisé pour handicapés,
- les antécédents chirurgicaux,
- les antécédents d'hospitalisation,
- le port éventuel d'une prothèse (lunettes, prothèse auditive...),
- la notion de tabagisme ou d'antécédent de tabagisme,
- l'état dentaire.

#### C.4. Le système de pondération retenu pour estimer l'invalidité et le risque vital moyens

Pour analyser l'invalidité, outre les distributions statistiques des variables qualitatives ordonnées, on a retenu une pondération simple, basée essentiellement sur les taux de pensions octroyées par l'assurance invalidité du régime général de la Sécurité sociale.

Cette assurance couvre les risques d'incapacité permanente totale ou partielle de travail, en dehors de ceux liés à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles. Trois catégories d'invalidité sont distinguées ; la pension versée est calculée par rapport à un salaire de base et est fonction de la catégorie dans laquelle la personne a été classée :

- premier groupe : invalides capables d'exercer une activité rémunérée, pension égale à 30 % du salaire de base ;
- deuxième groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque, pension égale à 50 % du salaire de base ;
- troisième groupe : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque, et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, la pension est égale à celle versée aux invalides du deuxième groupe, majorée de 40 % (du salaire de base).

##### Les pondérations retenues pour l'invalidité sont les suivantes :

- Pas de gêne .....	0	
<hr/>		
- Gêné de façon infime .....	2	
- Peu gêné .....	5	Pas de définition au sens de la Sécurité sociale
- Gêné mais mène une vie normale .....	10	
<hr/>		
- Activité professionnelle ou domestique restreinte .....	30	(Taux de pension des invalides de 1ère catégorie : 30 % du salaire de référence)
<hr/>		
- Activité professionnelle ou domestique très ralentie .....	50	(Taux de pension des invalides de 2ème catégorie : 50 % du salaire de référence)
<hr/>		
- Pas ou très peu d'autonomie domestique .....	90	(Taux de pension des invalides de 3ème catégorie : 90 % du salaire de référence)
<hr/>		
- Grabataire alitement permanent .....	95	(Pas de définition au sens de la Sécurité sociale).

##### Pour le risque vital, les pondérations ont été établies par référence à celles de l'invalidité :

- Aucun indice de risque vital .....0
- Pronostic péjoratif très, très faible.....5
- Pronostic péjoratif faible.....10
- Risque possible sur le plan vital.....30
- Pronostic probablement mauvais.....50
- Pronostic sûrement mauvais.....90



## **Bibliographie**

---





## Bibliographie relative à l'enquête sur la santé et la protection sociale

### ENQUETE 1988

- 768 **Volatier J.-L.**, *Enquête sur la protection sociale. Résultats méthodologiques de l'enquête expérimentale*. CREDES, 1988.
- 814 **Mizrahi An, Mizrahi Ar**, *Evolution de l'état de santé : risque vital et invalidité, France 1980-1988*, CREDES.
- 818 **Volatier J.L.**, *Note technique : Nombre d'ayants droit par assuré selon le lien familial avec l'assuré, l'âge et le sexe et l'occupation principale*, CREDES, 1989.
- 819 **Mizrahi Ar**, *Evolution des dépenses de santé en France, 1970-1988*. CREDES, 1989/11.
- 824 **Lecomte Th, Volatier J.L.**, *La consommation d'alcool et la consommation de tabac en 1988*. CREDES, 1989/12.
- 839 **Volatier J.L.**, *Les modes de protection sociale*. CREDES, 1990.
- 847 **Bocognano A.**, *Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale*. CREDES, 1990.
- 881 **Volatier J.L.**, *La dépense de médecine de ville : facteurs socio-économiques - Enquête SPS 1988*. CREDES.
- 888 **Lecomte Th.**, *Consommation pharmaceutique en 1988 : Evolution 1980-1988*. CREDES, 1991.
- 1018 **Grandfils N.**, *Prestations, santé et protection sociale : une approche socio-économique : première exploitation de deux enquêtes jumelées : EPAS - ESPS 1988*. CREDES, 1994/06.

### ENQUETE 1990

- 901 **Bocognano A., Grandfils N., Lecomte Th, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale en 1990 : premiers résultats*. CREDES, 1991.
- 910 **Grandfils N., Le Fur Ph.**, *Les consommateurs d'examen de biologie et d'imagerie : période 1988-1990*. CREDES, 1991/11.
- 913 **Bocognano A.**, *Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990*. CREDES, 1992, 81 pages. Prix net : 150 F.
- 914 **Grandfils N.**, *Nombre d'ayants droit par assuré*. CREDES, 1992.
- 914 bis **Grandfils N.**, *Note technique : nombre d'ayants droit par assuré : annexe*. CREDES, 1992.
- 915 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Bilans de santé : facteurs socio-économiques et comportements de prévention : ESPS, 1990*. CREDES, 1992.

### ENQUETE 1991

- 934 **Bocognano A., Grandfils N., Lecomte Th, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale en 1991 : Premiers résultats*. CREDES, 1992.
- 935 **Bocognano A.**, *Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale : mise à jour*. CREDES, 1992.
- 939 **Lecomte Th**, *Le tabagisme : un défi au danger*. CREDES, 1992/11, 45 pages. Prix net : 80 F.
- 947 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Bilans de santé - Suspicion de maladie et suites - ESPS 1991.*, CREDES, 1992/12.

## ENQUETES 1988-1991

- 928 **Sourty-Le Guellec M.J.**, *Enquête sur la santé et la protection sociale de 1988 à 1991 : l'hospitalisation*. CREDES, 1992/11.
- 944 **Llory H.**, *Disparités d'état de santé et de soins bucco-dentaires : France 1988-1991*. CREDES, 1992/12.
- 945 **Bocognano A., Lecomte Th.**, *Consommation médicale et taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire : La consommation médicale des bénéficiaires du régime général, du régime Alsace-Moselle, et du régime des travailleurs non salariés et des professions non agricoles*. CREDES, 1993/01.
- 953 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Influence de l'âge et du grand âge sur les dépenses médicales*. 26èmes journées de gériatrie. Paris, CREDES 1993.
- 962 **Grandfils N., Le Fur Ph.**, *Les inactifs pour raison de santé*. CREDES, 1993.
- 968 **Mizrahi An, Mizrahi Ar, Wait S.**, *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. CREDES, 1993/06.
- 991 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Opinions sur l'avenir de l'assurance maladie et accès aux soins*. CREDES, 1993.
- 999 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991*. CREDES, 1994/01.
- 1005 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins*. Congrès de l'Association Dentaire Française., Association Dentaire Française, CREDES, 1993/12, pp. 1-28..
- 1006 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Consommation médicale et état de santé*. Communication présentée au colloque "Economie de la Santé" du 1-2-3 décembre, Ministère de l'Education Nationale CNRSMS-MAFPEN. CREDES 1994/02, pp. 1-13.
- 1031 **Grandfils N., Lecomte Th.**, *Approche médico-économique de l'asthme*. CREDES, 1994.
- 1061 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Les spécificités médicales et socio-démographiques du vieillissement*. CREDES 1995/02.

## ENQUETE 1992

- 982 **Bocognano A., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1992*. CREDES, 1993/08.
- 1198 **Grandfils N.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome I, Les soins de médecin*, CREDES 1997/11.
- 1199 **Aligon A.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome II, La pharmacie et les autres biens médicaux*, CREDES 1997/11.
- 1200 **Com-Ruelle L., Dumesnil S.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome III, Les auxiliaires médicaux*, CREDES 1997/11.
- 1201 **Com-Ruelle L., Dumesnil S.**, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992, Tome IV, La biologie médicale*, CREDES 1997/11.
- 1254 **Aligon P., Grignon M.**. *Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis*. In : " *Les cahiers du GRATICE* ", n° 15, pp. 213-242, CREDES, 1999/01/09

## ENQUETE 1993

- 1037 **Bocognano A., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1993*. CREDES 1994/10.
- 1079 **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Les consommations médicales des femmes : influence de l'âge et des facteurs socio-économiques*. CREDES 1995/10.

## ENQUETE 1994

- 1103 **Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar, Santé, soins et protection sociale en 1994.** CREDES, 1995/12.
- 1147 **Mizrahi An., Mizrahi An., Protection sociale et disparités sociales de consommations médicales.** CREDES, 1996/08.
- 1147bis **Mizrahi An., Mizrahi An., Sickness coverage and social discrepancies of medical consumption.** CREDES, 1996/08.

## ENQUETE 1995

- 1162 **Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar, Santé, soins et protection sociale en 1995.** CREDES, 1996/11
- 1246 **Sourty Le Guellec M.-J., Profil de consommateurs de soins. C.R.E.D.E.S., 90 pages, ISBN :** 2-87812- 236-4.
- 1267 **Busson O., Lucas-Gabrielli V., Rochereau T., Sermat C., Tonnellier F., Environnement local, santé, soins et protection sociale, C.R.E.D.E.S., 1999/06, 126 pages, ISBN :** 2-87812-241-0.
- 1269 **Com-Ruelle L., Dumesnil S., Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux, C.R.E.D.E.S., 1999/06, 172 pages, ISBN :** 2-87812-242-9.

## ENQUETE 1996

- 1204 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar, Santé, soins et protection sociale en 1996.** CREDES, 1997/11
- 1234 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Méthode et déroulement de l'Enquête sur la santé et la protection sociale - Mise à jour.** CREDES, 1998/06
- 1260 **Bocognano A., Grignon M. , Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises,** CREDES, 1998/06, 8 pages.

## ENQUETE 1997

- 1255 **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Grignon M., Ordonneau C., Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1997.** CREDES, 1999/02
- 1255bis **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur Ph, Grignon M., Ordonneau C., Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1997 - Annexes** CREDES, 1999/02
- 1277 **Le Pape A., Lecomte Th., Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97.** C.R.E.D.E.S., 1999/09, 100 pages, ISBN : 2-87812-245-3.
- 1254 **Breuil P., Grandfils N., Raynaud D., Revenus, assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis.** In : " *Les cahiers du GRATICE* ", n° 15, pp. 243-276, CREDES, 1999/01/09

## ENQUETE 1999

- 1281 **Aguzzoli F., Aligon A., Com-Ruelle L., Frérot L., Choisir d'avoir un médecin référent,** CREDES, 1999/11



## **Liste des graphiques et des tableaux**

---



## Liste des graphiques

<b>Graphique 1</b>	
Répartition des motifs d'exonération du ticket modérateur selon la déclaration des enquêtés.....	8
<b>Graphique 2</b>	
Répartition des affections de longue durée entraînant l'exonération du ticket modérateur selon la déclaration des enquêtés.....	9
<b>Graphique 3</b>	
Taux d'exonération du ticket modérateur selon l'occupation principale .....	10
<b>Graphique 4</b>	
Indice à âge et sexe comparable du taux d'exonération du ticket modérateur selon la profession individuelle	11
<b>Graphique 5</b>	
Les personnes vivant du RMI selon leur déclaration sur l'exonération du ticket modérateur et l'Aide médicale .....	13
<b>Graphique 6</b>	
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire, selon l'âge et le sexe .....	14
<b>Graphique 7</b>	
Nature de la couverture complémentaire selon le milieu social .....	15
<b>Graphique 8</b>	
Nature de la couverture complémentaire selon le risque vital .....	16
<b>Graphique 9</b>	
Pourcentage d'enquêtés bénéficiant d'une couverture complémentaire, selon le revenu par unité de consommation .....	17
<b>Graphique 10</b>	
Motifs d'absence de couverture complémentaire.....	18
<b>Graphique 11</b>	
Motifs de la perte de la couverture complémentaire .....	19
<b>Graphique 12</b>	
Mode d'obtention de la couverture complémentaire selon la profession ou l'ancienne profession de l'assuré.....	21
<b>Graphique 13</b>	
Mode d'obtention de la couverture complémentaire selon le revenu par unité de consommation du ménage .....	22
<b>Graphique 14</b>	
Appréciation du niveau de remboursement des couvertures complémentaires .....	23
<b>Graphique 15</b>	
Appréciation du montant des cotisations, selon la nature de la couverture complémentaire, selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire.....	24
<b>Graphique 16</b>	
Appréciation du montant des cotisations, selon l'appréciation du niveau de remboursement des lunettes ..	25

<b>Graphique 17</b>	
Répartition des enquêtés selon leur niveau de protection sociale .....	26
<b>Graphique 18</b>	
Répartition des contrats de couvertures complémentaires selon qu'ils remboursent ou non les dépassements de spécialistes .....	27
<b>Graphique 19</b>	
Nombre d'affections déclarées par personne, selon l'âge et le sexe .....	31
<b>Graphique 20</b>	
Nombre de personnes déclarant être atteintes d'au moins une affection du chapitre pour 100 personnes enquêtées, selon le sexe .....	32
<b>Graphique 21</b>	
Rapport des taux de prévalence des affections des femmes sur ceux des hommes parmi les 16 troubles de santé les plus fréquemment rencontrés.....	34
<b>Graphique 22</b>	
Taux de personnes atteintes d'au moins une affection pour les quatre groupes de maladies les plus fréquents de chaque tranche d'âge .....	35
<b>Graphique 23</b>	
Indices à âge et sexe comparable du nombre d'ouvriers non qualifiés et de cadres supérieurs atteints d'au moins une affection par grand groupe pathologique.....	37
<b>Graphique 24</b>	
Indices à âge et sexe comparable du taux de chômeurs et d'actifs occupés atteints d'au moins une affection dans les grands groupes pathologiques.....	38
<b>Graphique 25</b>	
Fréquence des troubles veineux des membres inférieurs selon l'âge et le sexe .....	40
<b>Graphique 26</b>	
L'état dentaire selon l'âge .....	41
<b>Graphique 27</b>	
Invalidité selon l'âge .....	44
<b>Graphique 28</b>	
Pronostic vital selon l'âge.....	44
<b>Graphique 29</b>	
Niveau du risque vital en fonction des revenus du ménage .....	46
<b>Graphique 30</b>	
Niveau de l'invalidité en fonction des revenus du ménage .....	47
<b>Graphique 31</b>	
Distribution de l'indicateur subjectif de l'état de santé pour les 16 ans et plus.....	48
<b>Graphique 32</b>	
Moyenne de l'indicateur de santé perçue en fonction de l'âge et du sexe pour les 16 ans et plus.....	48
<b>Graphique 33</b>	
Moyenne de l'indicateur de santé perçue en fonction du degré d'invalidité attribué par les médecins chiffreurs pour les 16 ans et plus .....	49



<b>Graphique 34</b>	
Pourcentage de fumeurs par âge et sexe .....	50
<b>Graphique 35</b>	
Les différents comportements des hommes face au tabac.....	51
<b>Graphique 36</b>	
Les différents comportements des femmes face au tabac.....	52
<b>Graphique 37</b>	
Taux de fumeurs chez les plus de 15 ans et indices à âge et sexe comparable, selon le milieu social .....	52
<b>Graphique 38</b>	
Nombre de cigarettes par fumeur et par jour selon l'âge et le sexe.....	54
<b>Graphique 39</b>	
Pourcentage de consommateurs de soins de médecin, en un mois, selon l'âge et la nature des séances ..	57
<b>Graphique 40</b>	
Recours combiné au généraliste et au spécialiste selon l'âge.....	58
<b>Graphique 41</b>	
Pourcentage de consommateurs de séances de médecin en un mois selon l'âge et le sexe .....	58
<b>Graphique 42</b>	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social et la nature des séances .....	60
<b>Graphique 43</b>	
Indices à âge et sexe comparable du taux de recours aux médecins selon le revenu par unité de consommation.....	61
<b>Graphique 44</b>	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la nature des séances et le niveau de protection sociale.....	62
<b>Graphique 45</b>	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la nature des séances et le niveau de risque vital.....	64
<b>Graphique 46</b>	
Pourcentage de consommateurs en soins de médecin, en un mois, selon la nature des séances et le degré d'invalidité.....	65
<b>Graphique 47</b>	
Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon l'âge .....	67
<b>Graphique 48</b>	
Prix moyen des séances intégralement payées par nature, selon l'âge .....	68
<b>Graphique 49</b>	
Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le milieu social .....	69
<b>Graphique 50</b>	
Débours relatif en soins de médecin selon le revenu par unité de consommation .....	70

<b>Graphique 51</b>	
Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon la couverture sociale .....	72
<b>Graphique 52</b>	
Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le niveau de risque vital .....	73
<b>Graphique 53</b>	
Débours relatif par personne en soins de médecin, en un mois, selon le degré d'invalidité.....	73
<b>Graphique 54</b>	
Recours au dentiste par âge et sexe .....	74
<b>Graphique 55</b>	
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon l'âge .....	75
<b>Graphique 56</b>	
Consommation de soins et/ou prothèses dentaires selon le revenu par unité de consommation .....	76
<b>Graphique 57</b>	
Pourcentage de recours au dentiste selon le milieu social .....	77
<b>Graphique 58</b>	
Répartition des séances selon les personnes qui les ont conseillées .....	78
<b>Graphique 59</b>	
Répartition des séances par âge selon la nature du conseil.....	79
<b>Graphique 60</b>	
Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois, selon l'âge et le sexe.....	83
<b>Graphique 61</b>	
Taux de consommateurs de pharmacie, en un mois, selon le niveau du revenu par unité de consommation	85
<b>Graphique 62</b>	
Prix moyen d'un conditionnement selon l'âge .....	87
<b>Graphique 63</b>	
Part du débours dans la dépense pharmaceutique par personne, en un mois, selon l'âge et le sexe .....	88
<b>Graphique 64</b>	
Débours et dépense pharmaceutique par personne, en un mois, selon la couverture sociale.....	89
<b>Graphique 65</b>	
Part du débours dans la dépense de pharmacie, selon le niveau de revenu .....	91
<b>Graphique 66</b>	
Dépense mensuelle de pharmacie par personne selon l'âge et le niveau du risque vital.....	92
<b>Graphique 67</b>	
Dépense mensuelle de pharmacie selon l'âge et le degré d'invalidité.....	92
<b>Graphique 68</b>	
Taux de consommateurs de produits pharmaceutiques en un mois selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques .....	93
<b>Graphique 69</b>	
Dépense pharmaceutique par personne en un mois selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques	94

<b>Graphique 70</b>	
Prix unitaire d'un conditionnement selon les différentes classes pharmaco-thérapeutiques .....	95
<b>Graphique 71</b>	
Répartition des acquisitions non prescrites de la veille par classe thérapeutique .....	98
<b>Graphique 72</b>	
Pourcentage de personnes ayant demandé à leur généraliste de rajouter un ou plusieurs médicaments en plus de la prescription déjà réalisée .....	99
<b>Graphique 73</b>	
Observance déclarée pour la dernière prescription pharmaceutique du généraliste, selon l'âge .....	101
<b>Graphique 74</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon l'âge .....	105
<b>Graphique 75</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière selon l'âge et le sexe .....	107
<b>Graphique 76</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés de kinésithérapeute selon l'âge et le sexe .....	107
<b>Graphique 77</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le milieu social .....	108
<b>Graphique 78</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le régime principal de Sécurité sociale .....	109
<b>Graphique 79</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le niveau de couverture sociale .....	110
<b>Graphique 80</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le revenu par unité de consommation .....	111
<b>Graphique 81</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le niveau de risque vital .....	112
<b>Graphique 82</b>	
Taux de consommateurs en 12 mois de soins répétés d'infirmière ou de kinésithérapeute selon le degré d'invalidité .....	113
<b>Graphique 83</b>	
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire prescrit en fonction de l'âge .....	116
<b>Graphique 84</b>	
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire prescrit en fonction du sexe .....	117
<b>Graphique 85</b>	
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire selon le milieu social .....	117
<b>Graphique 86</b>	
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire en fonction du niveau de risque vital .....	118

<b>Graphique 87</b>	
Pourcentage de personnes suivant un régime alimentaire en fonction du degré d'invalidité .....	119
<b>Graphique 88</b>	
Taux d'hospitalisés en trois mois, selon l'âge et le sexe .....	122
<b>Graphique 89</b>	
Taux d'hospitalisés en trois mois selon le pronostic vital .....	124
<b>Graphique 90</b>	
Taux d'hospitalisés en trois mois selon l'invalidité .....	125
<b>Graphique 91</b>	
Pourcentage d'adultes ayant renoncé à des soins pour motif financier, selon la nature et la date des soins	128
<b>Graphique 92</b>	
Répartition des renoncements pour motifs financier au cours de la vie selon la nature des soins .....	129
<b>Graphique 93</b>	
Pourcentage d'enquêtés adultes ayant demandé des délais de paiement, selon la nature des praticiens concernés.....	131
<b>Graphique 94</b>	
Taux de renoncement à des soins, au cours de l'année précédant l'enquête, selon certaines variables socio-économiques.....	132

## Liste des tableaux

<b>Tableau n° 1</b>	
Le remboursement des dépassements de spécialistes par nature de couverture complémentaire.....	28
<b>Tableau n° 2</b>	
Le remboursement des dépassements de spécialistes selon le mode d'obtention de la couverture complémentaire .....	28
<b>Tableau n° 3</b>	
Résultats de participation à l'enquête .....	149
<b>Tableau n° 4</b>	
Résultats concernant les différents documents de l'enquête .....	150
<b>Tableau n° 5</b>	
Les soins de médecin à partir de différentes sources .....	152

Achévé d'imprimer le 10 décembre 1999  
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart  
75009 PARIS  
Dépôt légal : Décembre 1999