

# questions

## d'économie de la santé

résultats

### Repères

Les informations présentées dans ce document sont issues de l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2004. Cette enquête est réalisée par l'IRDES depuis 1988. D'abord annuelle, puis bisannuelle à partir de 1998, elle interroge en 2004 environ 8 000 ménages, soit 22 000 personnes. L'enquête ESPS est représentative des ménages ordinaires (ne vivant pas en institution) dont au moins un membre est couvert par l'une des trois principales caisses de Sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

Elle permet entre autres de produire des statistiques sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques sociales.

### Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats

Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau

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

En 2004, de nouvelles données sur l'état de santé montrent que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas se déclarer en bonne santé (29,6 % contre 22,5 %). Elles déclarent d'ailleurs plus de maladies (3,9 contre moins de 2,7 pour les hommes), mais de moindre gravité. Les hommes, qui ont une espérance de vie plus faible, déclarent plus de maladies graves.

Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire, près d'une personne sur 10 déclare encore ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 13 % avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près de la moitié des renoncements concernent les soins dentaires, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes.

L'enquête confirme le fort gradient social des statistiques de santé : ce sont les ménages d'ouvriers ou d'employés qui se déclarent en plus mauvais état de santé, qui déclarent le moins bénéficier d'une couverture complémentaire maladie et le plus de renoncements aux soins.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
Chantal Cases

Rédactrice en chef :  
Nathalie Meunier

Maquettiste :  
Franck-Séverin Clérembault

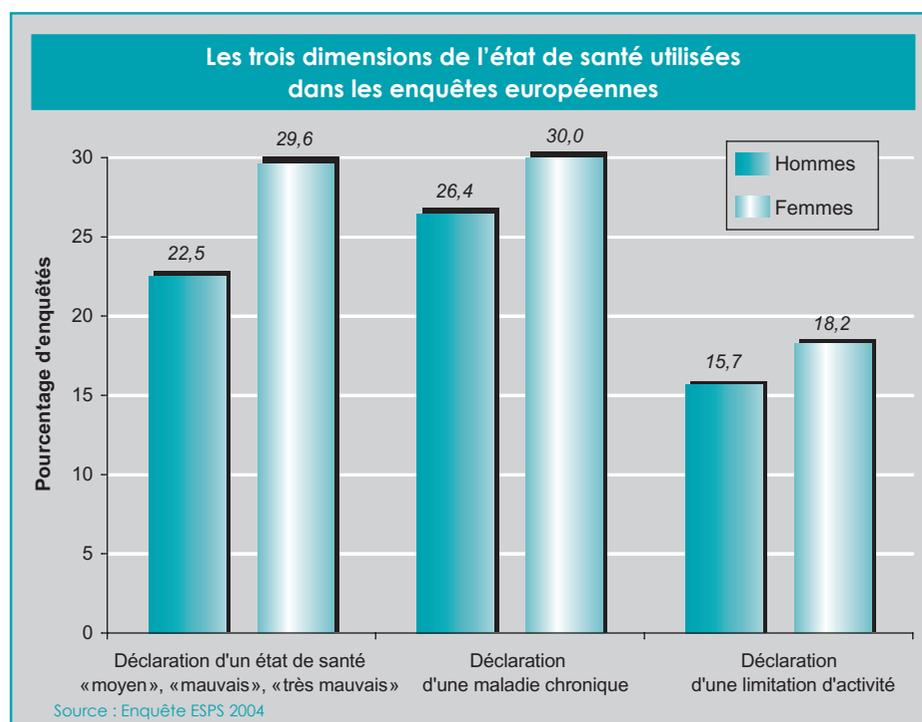
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an



## État de santé : comment se sentent les Français ?

En 2004, les trois questions synthétiques d'état de santé préconisées dans les enquêtes européennes ou « minimodule européen » ont été intégrées dans les questionnaires de l'enquête ESPS. Ces questions concernent l'état de santé perçu, la morbidité chronique ressentie et la limitation d'activité (ou encore « santé fonctionnelle ») (cf. encadré ci-dessous).

Nous présentons ici les résultats issus de ce module pour les personnes de plus de 16 ans, en les éclairant par des indicateurs de morbidité spécifiques à l'enquête ESPS : le nombre de pathologies déclarées et leur niveau de gravité.

### Les hommes se perçoivent en meilleur état de santé que les femmes

2 Une personne sur quatre ne se perçoit pas en bon état de santé : 26,3 % déclarent un état de santé « moyen » (22,3 %), « mauvais » (3,5 %) ou « très mauvais » (0,5 %).

Cette proportion augmente bien sûr fortement avec l'âge et, après 65 ans, une personne sur deux juge son état de santé « moyen », « mauvais » ou très « mauvais ». Les femmes se déclarent, à chaque âge, en moins bon état de santé que les hommes. Tous âges confondus, 29,6 % des femmes contre 22,5 % des hommes déclarent un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Par ailleurs, plus d'un tiers des habitants de France métropolitaine se déclarent limités dans les activités que font les gens habituellement et une personne sur deux se déclare atteinte d'une maladie chronique. Ces pourcentages augmentent fortement avec l'âge, mais, contrairement à ce que l'on observe pour l'état de santé

ressenti, ils ne sont pas inférieurs chez les hommes aux âges élevés<sup>1</sup>. A partir de 65 ans, ce sont eux qui déclarent le plus fréquemment la présence d'une maladie chronique. Cette constatation est sans doute liée à la nature des indicateurs. L'indicateur de santé perçue est, parmi les trois indicateurs, celui qui englobe le plus de dimensions de l'état de santé, contrairement aux deux autres qui mesurent des éléments plus précis et spécifiques : présence d'une maladie ou d'une limitation fonctionnelle. Ces derniers laissent aussi moins de place à des dimensions subjectives de la santé.

<sup>1</sup> Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête santé INSEE 2002-2003 (Lanoë et Makdessi-Raynaud, 2005), à l'exception du niveau de déclaration des maladies chroniques (méthodologie de recueil différente).

Réponses au minimodule européen, selon l'âge							
Classes d'âge :	Hommes (6 687)			Femmes (7 084)			Ensemble
	[16-39]	[40-64]	[65[	[16-39]	[40-64]	[65[	
Effectif :	2 799	2 820	1 068	2 814	3 001	1 269	
<b>Pourcentage de personnes déclarant...</b>							
un état de santé « moyen », « mauvais » ou « très mauvais »	7,6	24,9	52,1	10,9	31,2	59,7	26,3
souffrir d'une maladie chronique	11,7	28,9	58,2	14,3	32	55,4	28,3
une limitation fonctionnelle	5,3	16,3	39,8	6,6	18,4	39,5	17,0

Source : Enquête ESPS 2004

## Le recueil de l'état de santé dans l'enquête ESPS

L'état de santé dans ESPS est évalué au travers d'un autoquestionnaire distribué à l'ensemble des personnes du ménage. En 2004, 77 % des enquêtés ont rempli ce questionnaire. A l'exception des enfants de moins de 16 ans, les enquêtés sont invités à le remplir eux-mêmes. Cependant, 30 % des individus de plus de 16 ans se sont fait aider par une autre personne du ménage, le plus souvent la mère de famille.

La population sur laquelle portent les résultats sont les individus de plus de 16 ans ayant renvoyé un questionnaire santé, soit 13 771 individus.

En 2004, les trois questions synthétiques d'état de santé composant le minimodule européen ont été intégrées dans cet autoquestionnaire. Elles évaluent l'état de santé perçu, la morbidité chronique ressentie, la limitation d'activité (ou encore « santé fonctionnelle »). Ces

questions ont été validées au niveau européen et sont mises en œuvre dans de nombreuses enquêtes en population générale.

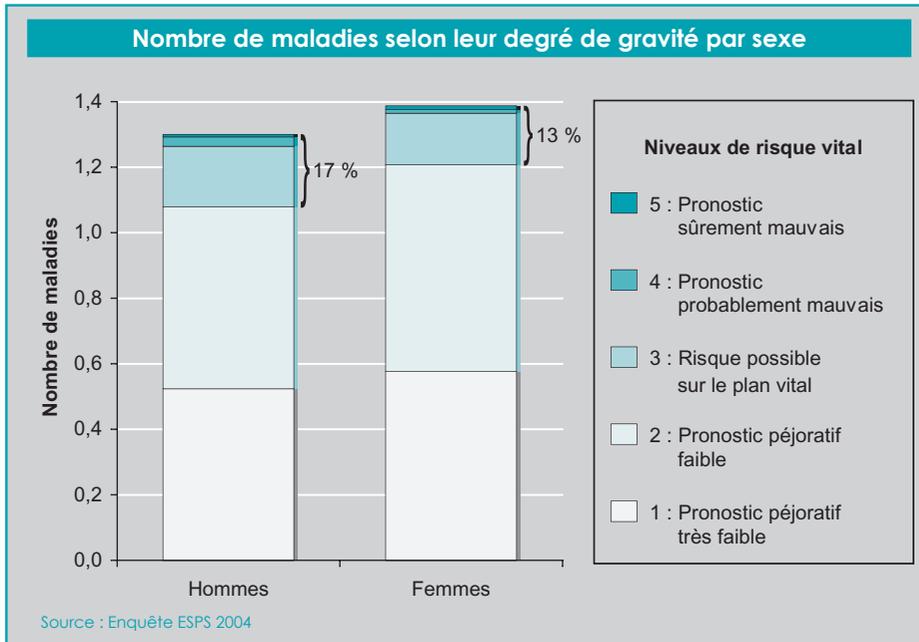
Les trois questions qui composent le minimodule européen sont :

- « Comment est votre état de santé général ? » (Très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais) ;
- « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? » (oui / non / nsp) ;
- « Etes-vous limité depuis au moins 6 mois dans les activités que font les gens habituellement ? » (oui, fortement limité / oui, limité / non).

En parallèle du minimodule européen, l'état de santé dans ESPS est évalué par le recueil des maladies (déclarées par chaque enquêté à partir d'un ensemble de questions sur les maladies actuelles,

les antécédents chirurgicaux, les motifs de prises médicamenteuses...). L'ensemble des pathologies déclarées sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM 10<sup>e</sup> révision). Pour chacune des pathologies, des médecins ont affecté un indice de gravité prédéfini à dire d'experts en termes de probabilité de décès à court ou moyen terme. Cet indice à six niveaux est appelé risque vital minimum :

0. risque vital nul ;
1. pronostic péjoratif très faible ;
2. pronostic péjoratif faible ;
3. risque possible sur le plan vital ;
4. pronostic probablement mauvais (plus de 50 % de risque de décès dans les 10 ans) ;
5. pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de risque de décès dans les 5 ans).



### Le recueil du milieu social dans l'enquête ESPS

Nous retenons comme définition du milieu social la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage (selon la définition INSEE).

Il s'agit le plus souvent de l'homme du couple ou du parent de la famille monoparentale, ou bien de l'homme le plus âgé. S'il y a plusieurs personnes de référence possibles, on donne la priorité à la personne active, puis si nécessaire, à la plus âgée.

Si la personne de référence du ménage est retraitée, c'est sa dernière profession qui est prise en compte (ou l'ancienne profession du conjoint pour les veufs(ves) n'ayant jamais travaillé).

### L'état de santé déclaré varie selon le milieu social

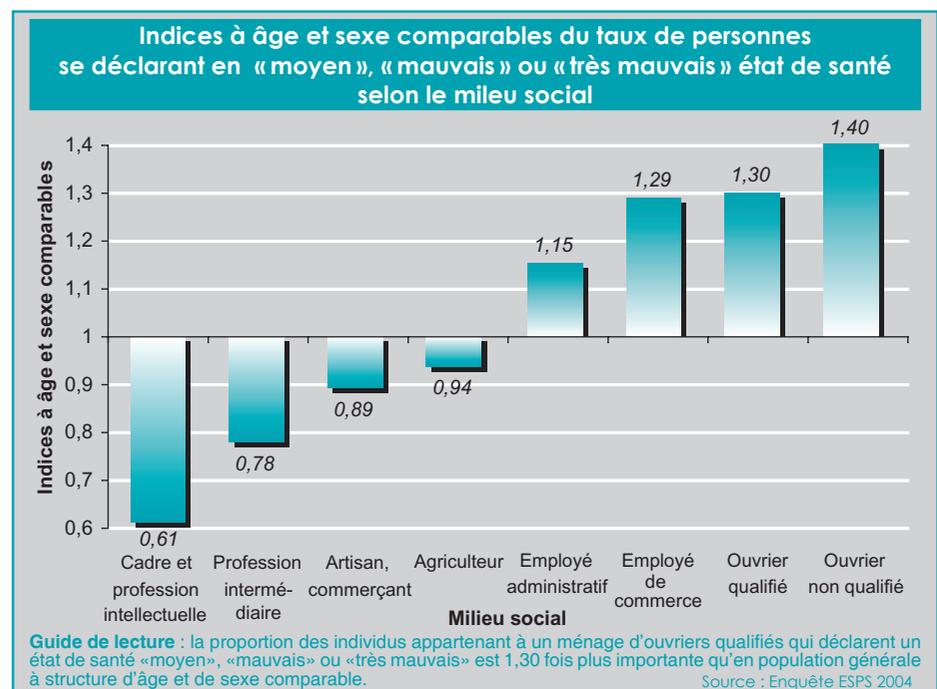
Le pourcentage de personnes se déclarant en « moyen », « mauvais » ou « très mauvais » état de santé varie selon le milieu social, de 17 % parmi les ménages de cadres à 32 % parmi les ménages d'employés de commerce. Ce gradient social persiste lorsque l'on prend en compte les différences de structures par âge et sexe des catégories de milieu social. Ce sont alors les ménages d'ouvriers non qualifiés qui se déclarent le plus fréquemment en mauvais état de santé (1,4 fois plus que la moyenne de la population) et ceux de cadres le moins fréquemment (1,6 fois moins que la moyenne).

### Des maladies plus graves chez les hommes

Les personnes résidant en France métropolitaine déclarent en moyenne 3,3 maladies<sup>2</sup>, les femmes en déclarant en moyenne une de plus que les hommes (3,9 contre 2,7). Seules 16,6 % des femmes ne déclarent pas de maladie contre 23,2 % des hommes. Cependant, si les femmes déclarent plus de maladies, celles-ci sont en moyenne évaluées comme moins graves (cf. encadré méthode page 6). Si l'on ne prend pas en compte les maladies sans gravité sur le plan vital<sup>3</sup>, la différence entre les hommes et les femmes s'atténue fortement (1,30 maladie pour les hommes et 1,38 pour les femmes). Les hommes déclarent en effet plus de maladies graves que les femmes : ainsi, parmi les maladies déclarées de risque vital non nul, 17 % sont des maladies entraînant un risque vital possible (risque vital > 2) chez les hommes contre 13 % chez les femmes (Cf. graphique ci-dessus).

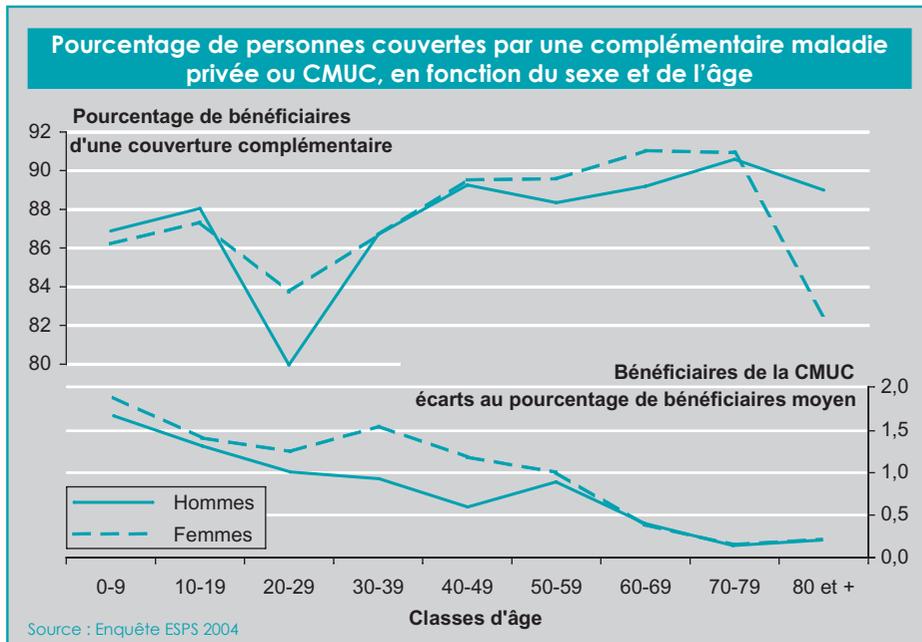
Ceci reflète un état de santé moins bon chez les hommes, dont l'espérance de vie est également plus faible. Chez les fem-

mes, plusieurs hypothèses peuvent expliquer la déclaration d'un mauvais état de santé : une plus grande propension à déclarer des maladies, une réelle existence de problèmes de santé de moindre gravité, ou encore une meilleure perception de leur état de santé. Ce constat rejoint celui de l'enquête santé 2003 de l'Insee (Lanoë et Makdessi-Raynaud, 2005) qui suggère que les femmes ont certainement une meilleure connaissance des maladies dont elles souffrent, compte tenu d'un recours aux soins plus fréquent et d'une plus forte implication dans la prévention.



<sup>2</sup> Si l'on ne tient pas compte des problèmes dentaires et des troubles de la réfraction.

<sup>3</sup> La gravité est abordée ici sous l'aspect probabilité de décès et non risque d'invalidité.



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

#### Les jeunes adultes et les personnes très âgées accèdent moins à la couverture complémentaire maladie

4

Près de 92 % de la population générale déclarent bénéficier d'une couverture complémentaire dont un peu plus de 4 % au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

L'enquête ESPS sous-estime la proportion de personnes déclarant bénéficier de la CMUC puisque le taux de couverture de la population est évalué à 7 % en 2004 en France métropolitaine (Boisguérin, 2005). Cette sous-estimation est due à la sous-représentation des personnes les plus précaires commune aux enquêtes en population générale.

Si le taux de bénéficiaires est élevé en début de vie (88 % chez les 10-19 ans), il diminue brutalement pour les 20-29 ans, en particulier chez les hommes jeunes. Jusqu'à 20 ans, la plupart d'entre eux sont couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents. Au-delà, certains ne souscrivent pas de complémentaire maladie, d'autant plus que les problèmes de santé

sont rares à cet âge. Entre 30 et 79 ans, le taux de bénéficiaires augmente avec l'âge, en même temps que le niveau de vie s'améliore et que les problèmes de santé apparaissent. Enfin, au-delà de 80 ans, le taux de couverture diminue de nouveau fortement. Plusieurs éléments d'explications, qui nécessiteraient des études plus approfondies, peuvent être avancés :

- un effet revenu et prix : il est trop coûteux d'acquérir une

complémentaire maladie à ces âges ;

- un effet génération : les personnes âgées n'ayant pas eu, au cours de leur vie, l'habitude de payer pour couvrir leur risque santé ;

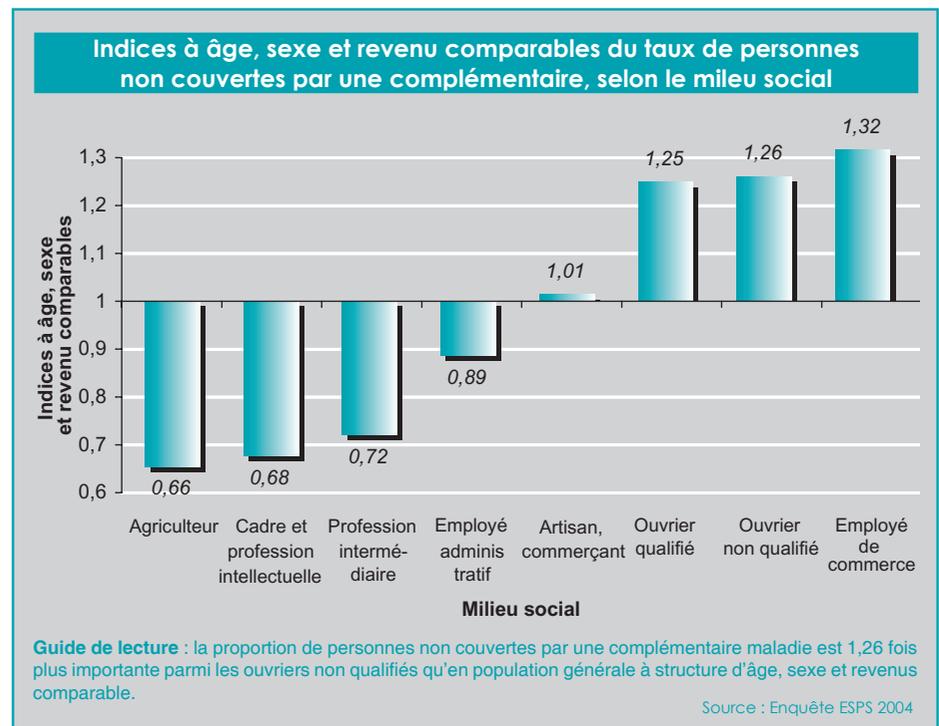
- un effet « veuvage » : les veuves précédemment couvertes par la complémentaire santé de leur mari en perdraient le bénéfice à son décès et ne feraient pas l'acquisition de leur propre complémentaire, ce qui expliquerait la plus forte baisse chez les femmes ;

- un effet exonération du ticket modérateur : l'exonération du ticket modérateur concerne une personne sur deux après 80 ans. Cette prise en charge peut, dans certains cas, justifier l'absence d'une couverture complémentaire maladie.

#### L'exonération du ticket modérateur

Prise en charge à 100 % des soins par l'Assurance maladie pour des raisons médicales (affection de longue durée, accident du travail / maladie professionnelle, maternité...) ou sociales (Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), Aide médicale d'état (AME)).

5



### Les femmes et les enfants sont plus souvent couverts par la CMUC que les hommes adultes

Le pourcentage de personnes bénéficiant de la CMUC diminue avec l'âge. Il est 1,9 fois supérieur à la moyenne parmi les filles de moins de 10 ans (1,7 fois pour les garçons) et 5 fois inférieur à la moyenne au-delà de 70 ans. Soulignons que le montant du minimum vieillesse excède le seuil de revenu donnant accès à la CMUC. Le taux de bénéficiaires de la CMUC est 25 % plus élevé chez les femmes, en particulier entre 30 et 50 ans. Ce résultat illustre la situation de pauvreté de certaines familles nombreuses ou monoparentales qui sont surreprésentées parmi les bénéficiaires de la CMUC (Boisguérin *et al.*, 2001).

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

5 L'absence de couverture complémentaire est étroitement liée au niveau de revenu des ménages. Ainsi, malgré l'existence de la CMUC, 18 % des personnes vivant dans des ménages gagnant moins de 400 euros par unité de consommation<sup>4</sup> déclarent ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire maladie. Ce taux baisse régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente. Il n'est que de 4,5 % parmi les ménages les plus aisés (plus de 1 300 euros par unité de consommation).

Le taux de personnes non couvertes par une couverture complémentaire maladie varie selon leur milieu social (voir

<sup>4</sup> Pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigée par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle utilisée ici (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Ainsi, un ménage composé du père, de la mère, d'un enfant de 16 ans et d'un autre de 12 ans a  $(1+0,5+0,5+0,3)=2,3$  UC. Le revenu du ménage par UC est égal au revenu total du ménage divisé par 2,3.

encadré définition page 3), même après contrôle des effets de l'âge, du sexe et du niveau de revenu. Les personnes des ménages d'employés de commerce, d'ouvriers qualifiés et non qualifiés sont les moins couvertes (1,3 fois moins que la moyenne). Ce sont les personnes vivant dans des ménages de cadres et d'agriculteurs qui sont les plus couvertes par une complémentaire maladie (1,5 fois plus que la moyenne). Au-delà de préférences ou de comportements vis-à-vis du risque différents selon les catégories sociales, ce résultat s'explique aussi par le fait qu'une personne sur deux est assurée par un contrat collectif d'entreprise et que la probabilité de travailler dans une entreprise qui propose un contrat est de 80 % pour les cadres, de 70 % pour les ouvriers et de 64 % pour les employés (Couffinhall *et al.*, 2004<sup>5</sup>). De plus, les ouvriers non qualifiés et les employés, sont les catégories socioprofessionnelles qui connaissent le plus les situations de chômage, de travail précaire (CDD, intérim...) susceptibles de les priver de l'accès à une couverture complémentaire maladie privée.

<sup>5</sup> Suite à une modification dans la pondération des établissements enquêtés pour extrapoler à la population des salariés, les données présentées ici ont été corrigées et sont donc un peu différentes de celles présentées dans le QES n°83.

### Renoncement aux soins : qui renonce à quels soins ?

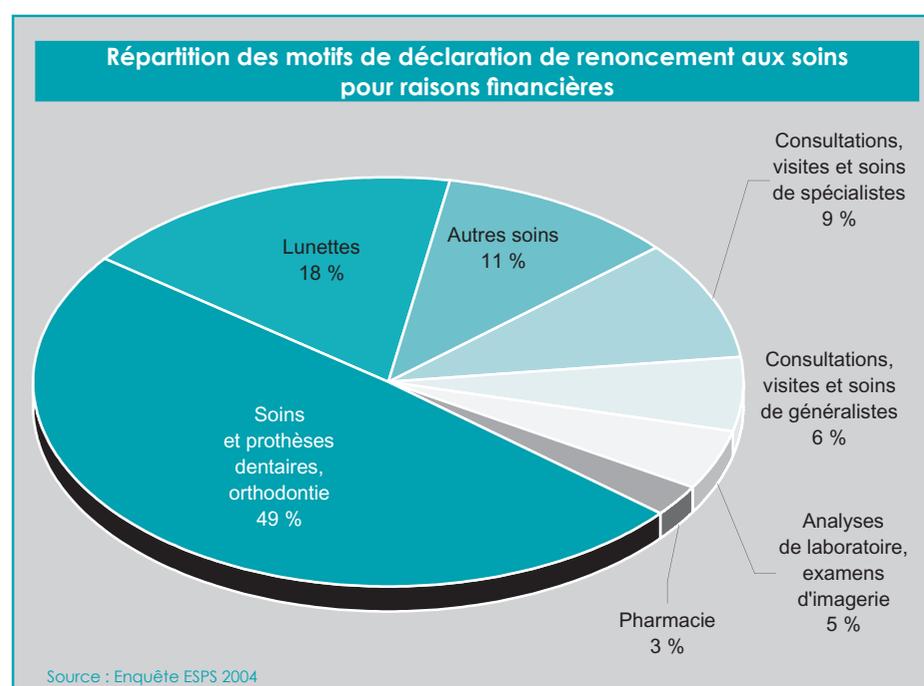
#### Près de la moitié des renoncements concernent la santé bucco-dentaire

Globalement, en 2004, 13 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, 20 % des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : 49 % concernent la santé bucco-dentaire, 18 % les lunettes et 9 % les soins de spécialistes.

#### Les ménages d'employés et d'ouvriers sont ceux qui renoncent le plus

Le niveau de renoncement varie en fonction du sexe, de l'âge et de la couverture complémentaire maladie.

Les femmes déclarent renoncer à hauteur de 16 % contre 11 % pour les hommes. Une plus forte demande de santé de la part des femmes peut expliquer cette différence (Azogui-Lévy et Rochereau,



### Le recueil du renoncement aux soins dans l'enquête ESPS

Le renoncement dans l'enquête Santé et Protection sociale est recueilli au travers des questions suivantes :

1. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? (oui/non)
2. A quels soins avez-vous renoncé ? (3 réponses possibles)
3. Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ?

Il s'agit donc d'une information subjective dont l'analyse a montré pour les soins dentaires qu'elle dépend de la perception et de la représentation qu'ont les individus de leur état de santé (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005).

### Méthode

L'enquête Santé et protection sociale représente actuellement 96 % des ménages résidant en France métropolitaine. Elle interroge les ménages dont un membre au moins est assuré au Régime général de la Sécurité sociale (Cnamts), au Régime des professions indépendantes (RSI) ou au Régime agricole (MSA).

L'enquête est réalisée à partir d'un échantillon d'assurés sociaux constitué par la Cnamts, le RSI et la MSA, pour suivre les consommations de soins et biens médicaux. Tous les deux ans, la moitié de cet échantillon est sollicitée.

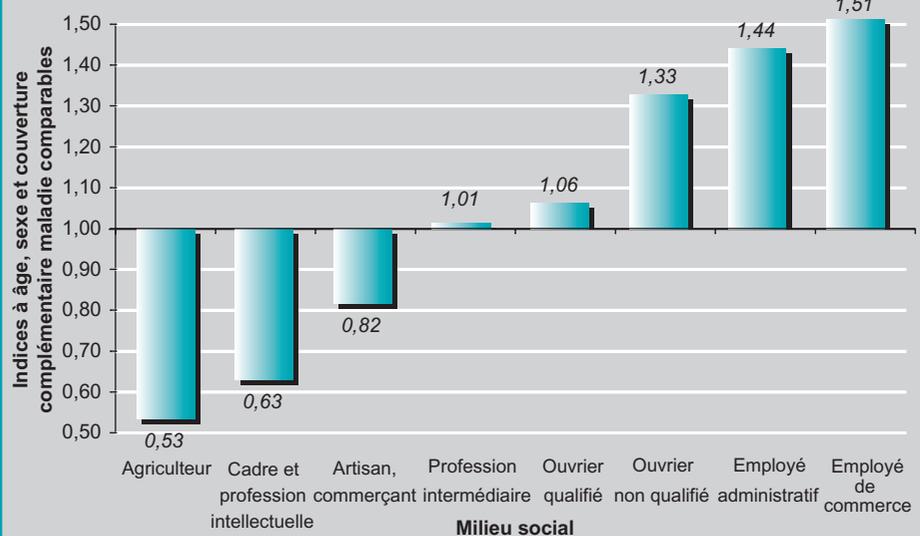
Le protocole de tirage permet la réinterrogation des mêmes individus, c'est-à-dire des assurés présents dans la base de sondage et des membres du ménage toujours cohabitant à quatre ans d'intervalle. Dans un second temps, les informations collectées par l'enquête ESPS sont appariées, pour la moitié des individus, aux données de prestations remboursées présentes dans l'EPAS.

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 les entretiens téléphoniques ou en face-à-face et les questionnaires autoadministrés.

70 % des ménages contactés ont accepté en 2004 de participer à l'enquête, soit 8 000 ménages et 22 000 personnes.

### Indices à âge, sexe et couverture complémentaire maladie comparables du taux de renoncement, selon le milieu social



**Guide de lecture :** la proportion de personnes renonçant à des soins pour raisons financières est 1,51 fois plus importante parmi les employés de commerce qu'en population générale à structure d'âge, sexe et couverture complémentaire comparable.  
Source : Enquête ESPS 2004

2005). Le renoncement diffère également selon la classe d'âge : il est maximal entre 18 et 40 ans (15 %) et minimal au-delà de 65 ans (7 %).

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 28 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, contre 18 % des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et 12 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Après avoir contrôlé des effets du sexe, de l'âge et de la couverture complémentaire maladie, le taux de renoncement diffère encore selon le milieu social. Ce sont les ménages d'employés et d'ouvriers, catégories à faibles revenus, qui renoncent le plus (1,5 fois plus que la moyenne pour les employés de commerce). Les ménages de cadres renoncent peu et les ménages d'agriculteurs encore moins (près de deux fois moins que la moyenne).

Ces résultats sont confirmés pour tous les types de soins, qu'il s'agisse de soins dentaires, d'optique ou de spécialistes. Ce sont toujours les femmes, les personnes sans couverture complémentaire, les ménages d'employés et d'ouvriers non qualifiés qui renoncent le plus.

### Pour en savoir plus :

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2006), *Santé, soins et protection sociale en 2004*, rapport Irdes n° 1621, 212 p.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2006), *L'Enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français*, Questions d'économie de la santé, n° 105.

Azogui-Lévy S. et Rochereau T. (2005), *Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000*, Questions d'économie de la santé, n° 94.

Boisguérin B. (2005), *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2004. Etudes et résultats*, n° 433.

Boisguérin B., Gissot C., Auvray L., Grignon M. (2001), *Les opinions sur la couverture maladie universelle et ses bénéficiaires au premier trimestre 2000*, Etudes et résultats, n° 123.

Couffinhal A. et Perronin M. (2004), *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement - Enquêtes ESPS 2000 et 2002*, Questions d'économie de la santé n° 80.

Lanoé J.-L. et Makdessi-Raynaud Y. (2005), *L'état de santé en France en 2003 - Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé*, Etudes et résultats, n° 436.