

questions

d'économie de la santé

résultats

Repères

Les données présentées sont issues de l'enquête annuelle sur la santé et la protection sociale menée par le CREDES depuis 1988. Depuis 1996, l'enquête est désormais représentative de la population couverte par les trois régimes d'Assurance maladie : le Régime général, la Mutualité sociale agricole et le Régime des professions indépendantes.

Les données de l'enquête Santé et Protection Sociale ont permis notamment de souligner la part de la population française uniquement couverte par un régime de base de la Sécurité sociale ainsi que le taux de renoncement aux soins pour raisons financières. La couverture médicale universelle doit permettre un meilleur accès aux soins à ces personnes.

Santé, soins et protection sociale en 1998

A. Bocognano, S. Dumesnil, L. Frérot, Ph Le Fur, C. Sermet

Quel est l'état de santé des Français en 1998 ? Comment se soignent-ils ? A quel médecin font-ils appel ? Quel est leur niveau de protection sociale ?

Comme chaque année, le CREDES dresse le bilan de l'état de santé, du recours aux soins et de la protection sociale des Français selon leurs caractéristiques individuelles : âge, sexe, milieu social et revenu. Au moment de la mise en place de la couverture maladie universelle, nous présentons les résultats concernant plus particulièrement les personnes visées par cette mesure garantissant l'accès aux soins et leur prise en charge. Il n'est en effet pas inutile de rappeler que ces personnes renoncent plus aux soins pour raisons financières, notamment aux soins de spécialistes et de dentistes, et ce malgré un état de santé moins bon.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/01
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

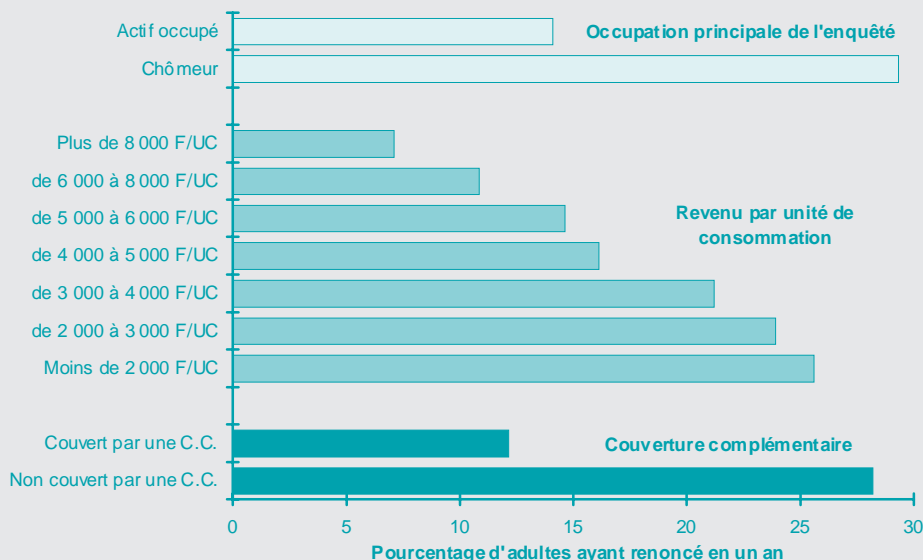
Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire maquetiste :
Céline Arnoux

ISSN : 1283-4769
Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 30 F

Renoncement aux soins pour motifs financiers



Source : CREDES-ESPS 1998

Le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle permettra à tous d'avoir une couverture de base et proposera aux 6 millions de personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture complémentaire. Depuis 1990, les données de l'enquête annuelle sur la santé et la protection sociale des Français ont notamment permis d'informer les pouvoirs publics sur les disparités d'accès aux soins de la population et sur l'importance du renoncement. Les résultats de l'année 1998 présentés ici permettent de mieux comprendre l'intérêt de la mise en place de la couverture maladie universelle au regard de la couverture sociale, de l'état de santé et du recours aux soins des personnes à revenu modeste.

La protection sociale

L'enquête ayant pour base un échantillon d'assurés sociaux, il est logique que la quasi totalité des personnes interrogées (99,8 %) soit protégée par un régime obligatoire d'Assurance maladie. On compte 9 % de personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale, 4 % de bénéficiaires de l'Aide médicale délivrée par les

départements aux plus démunis et 84 % de personnes protégées par une couverture complémentaire maladie. Parmi ces dernières, 48 % ont contracté auprès d'une mutuelle, 18 % d'une assurance et 14 % d'une caisse de prévoyance.

11 % de la population garde entièrement à sa charge la part non remboursée par la Sécurité sociale

Une personne sur dix déclare devoir prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur et les éventuels dépassements d'honoraires. Ces personnes ne sont en effet ni exonérées du ticket modérateur pour motif médical, ni bénéficiaire de l'Aide médicale ou d'une couverture complémentaire qui prendrait en charge la part non remboursée par la Sécurité sociale.

16 % des personnes ne sont pas protégées par une couverture complémentaire maladie

Parmi les personnes enquêtées, 16 % déclarent n'être couvertes que par le régime obligatoire de la Sécurité sociale. Elles se caractérisent par une situation professionnelle peu stable et par de faibles revenus. En effet, si 84 % des per-

30 % des chômeurs déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois

14 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins pour des motifs financiers au cours des 12 derniers mois. Ces renoncements concernent davantage les femmes, les jeunes, et les personnes en situation précaire, tels que les chômeurs qui sont 30 % à avoir renoncé à des soins l'an passé ou les personnes sans couverture complémentaire avec 28 % de personnes ayant renoncé. Parmi les revenus les plus modestes, près d'une personne sur quatre a renoncé à des soins l'année précédant l'enquête (Cf. graphique p.1).

Cependant, après un délai d'attente et malgré les difficultés financières des personnes ayant renoncé à se soigner, les trois quarts des soins seront tout de même effectués. Pour environ 20 % des soins, le renoncement est toutefois définitif.

Ces difficultés financières entraînent également des demandes de paiements différés auprès des praticiens, notamment auprès des dentistes. Ainsi, au cours des douze derniers mois, 7 % des adultes ont demandé à leur dentiste ou leur médecin un délai de paiement.

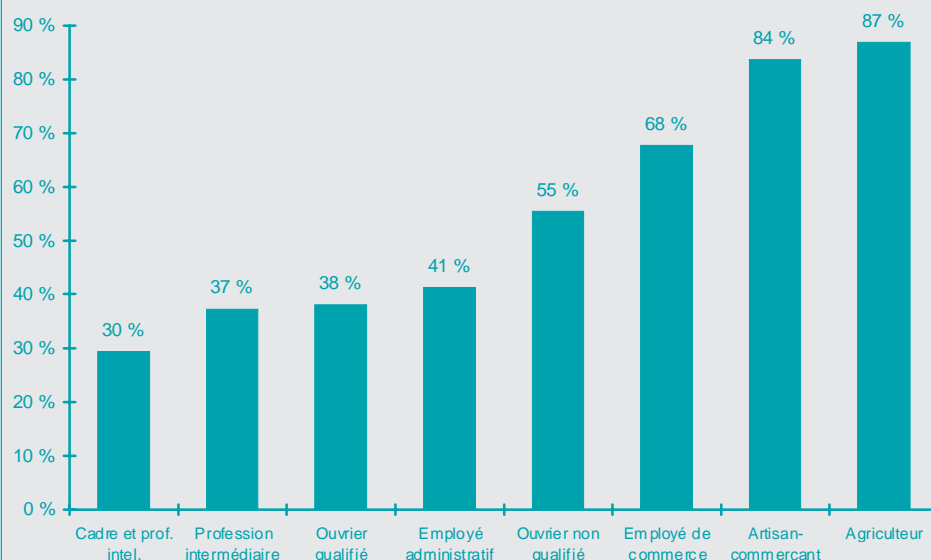
Définitions

Débours : il s'agit de la somme versée par le patient au médecin, pharmacien, etc. sans tenir compte d'éventuels remboursements ultérieurs de la Sécurité sociale ou des couvertures complémentaires. En cas de **tiers payant**, la Sécurité sociale ou les couvertures complémentaires remboursent directement le professionnel de santé, le patient débourse alors uniquement le montant non remboursable (ticket modérateur, dépassement).

Exonération du ticket modérateur : prise en charge à 100 % de tout ou partie des soins par l'Assurance maladie.

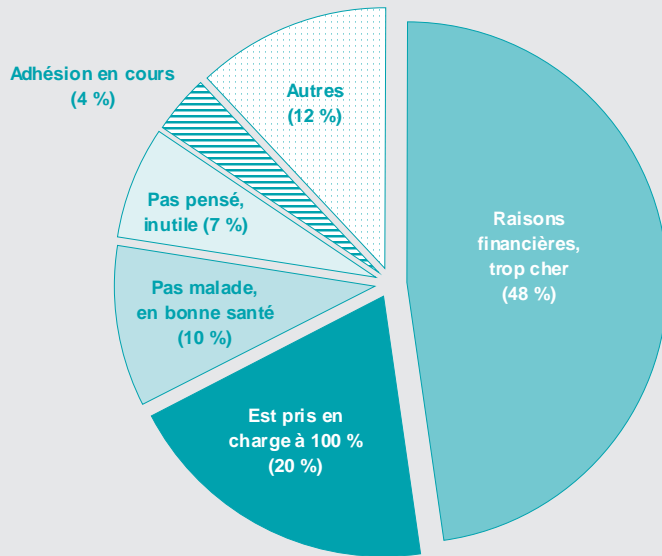
Revenu par unité de consommation : il est calculé en divisant le revenu du ménage par le nombre de personnes pondéré (1 pour le chef de famille, 0,7 pour les autres adultes et 0,5 pour les moins de 14 ans).

Pourcentage de contrats de couverture complémentaire négociés individuellement selon la profession de l'assuré



Source : CREDES-ESPS 1998

Les motifs d'absence de couverture complémentaire



Source : CREDES-ESPS 1998

sonnes bénéficient d'une couverture complémentaire, cette proportion est beaucoup plus faible parmi les personnes sous contrat à durée déterminée (75 %), les ouvriers qualifiés (72 %), les chômeurs (58 %) et les personnes dont le revenu par unité de consommation est inférieur à 2 000 francs (52 %). Ces personnes en situation précaire sont celles qui renoncent le plus souvent à des soins pour des motifs financiers (Cf. encadré ci-contre).

3

L'inégalité observée à travers le taux de couverture se trouve renforcée par la nature des contrats dont bénéficient les populations les plus précaires. En effet, les ouvriers contractent plus souvent des contrats individuels que les cadres supérieurs et bénéficient donc moins de contrats collectifs négociés par leur entreprise, souvent de meilleure qualité (Cf. graphique p. 2). On estime par exemple que seuls 55 % des contrats prévoient le remboursement des dépassements d'honoraires médicaux. Ce résultat permet de souligner que les personnes couvertes par un contrat complémentaire n'ont pas pour autant une "gratuité" des soins médicaux et que la qualité des garanties offertes peut faire varier le montant restant à charge de manière importante.

Les raisons financières expliquent en grande partie l'absence de couverture complémentaire

Pour près de la moitié des personnes sans couverture complémentaire, cette absence de couverture n'est pas volontaire, mais s'explique par le fait que les contrats sont trop chers (voir graphique ci-dessus). Plus de 40 % des personnes sans couverture complémentaire ont cependant déjà été protégées auparavant. La perte de leur couverture n'a été un choix délibéré que pour 17 % d'entre elles. Les autres ont subi les conséquences d'un changement de situation familiale, financière ou professionnelle.

La morbidité

Parmi les 3,3 affections déclarées en moyenne un jour donné, 1,3 concerne des problèmes dentaires et des troubles de la vue.

En dehors des problèmes dentaires et de la vue, les groupes d'affections les plus fréquents sont les maladies ostéo-articulaires suivies des troubles endocriniens ou du métabolisme et des maladies cardiovasculaires. Plus précisément, le surpoids et l'obésité affectent 23 % des adultes ; les pathologies veineuses concernent 11 % des enquêtés ;

Enquête Santé et Protection sociale 1998

Champ :

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 agricole (soit 95 % des ménages ordinaires de France métropolitaine).

Données :

L'enquête permet chaque année de relever des données sur l'état de santé, le recours aux soins, la consommation de biens médicaux, l'hospitalisation et ce, selon différents critères : âge, sexe, PCS, revenu, niveau d'assurance maladie (couverture obligatoire, exonération du ticket modérateur, couverture complémentaire). Des questions d'opinion sont également posées : appréciation du niveau de remboursement des couvertures complémentaires, motifs de renoncement aux soins. En 1998, quelques nouveautés sont à souligner : une évaluation de la part des feuilles de soins non présentées au remboursement, le profil des personnes qui ont conseillé la séance de médecin...

Méthode :

L'enquête combine la méthode de l'entretien téléphonique et celle des questionnaires auto-administrés. Lorsque les coordonnées téléphoniques n'ont pu être trouvées, l'enquêteur se déplace. En 1998, l'échantillon a été doublé. Environ deux tiers des ménages ont accepté de participer à l'enquête soit 23 035 personnes.

les migraines et céphalées, 10 % et l'hypertension artérielle, 10 %.

Chômeurs, rmistes et personnes sans couverture complémentaire sont en moins bonne santé

Le risque vital est un des indicateurs élaborés par le CREDES pour apprécier l'état de santé global des individus. Les

chômeurs, les bénéficiaires de l'Aide médicale, les personnes vivant du Rmi, celles ne bénéficiant pas de couverture complémentaire ont un risque vital supérieur à celui de la moyenne de la population (entre 10 à 50 % plus élevé), et cela à structure d'âge et de sexe égale. Ces écarts sont confirmés lorsque l'analyse est réalisée à partir du revenu : entre les plus hauts et les plus bas revenus par unité de consommation, il existe un écart d'environ 20 % sur le risque vital.

Globalement, les personnes à revenu modeste souffrent davantage d'affections pulmonaires, de troubles mentaux ou du sommeil, de troubles digestifs et du système nerveux (Cf. graphique ci-dessous). A titre d'exemple, les chômeurs déclarent 2 fois plus souvent de dépressions et des troubles anxieux. Il est très probable que ces troubles, à composante plus ou moins psychosomatique, soient souvent la conséquence du chômage bien qu'ils puissent également en être l'origine dans certains cas.

4

Une moindre prévention dentaire chez les personnes les plus défavorisées

Dans des ménages d'ouvrier et d'agriculteur, les personnes 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 de type couronne ou bridge ne peut plus être envisagée. A l'inverse, à âge et sexe comparables, les personnes qui vivent dans des ménages de cadre supérieur ou profession intermédiaire portent plus souvent des prothèses fixes que les autres personnes enquêtées.

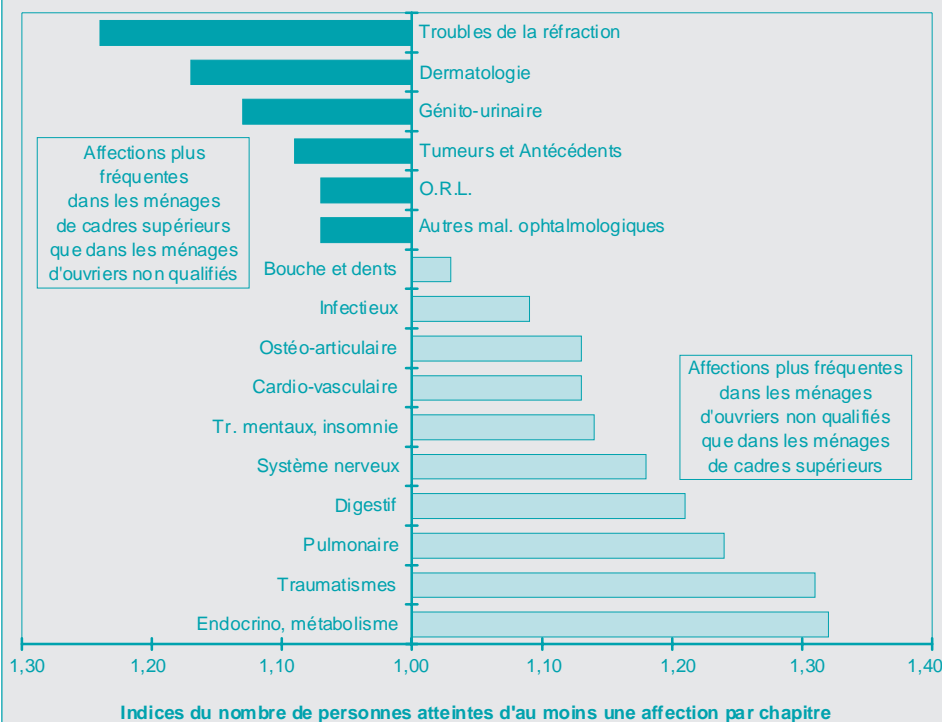
Près d'un fumeur sur deux fume

Le tabagisme, facteur de risque notamment pour les maladies respiratoires, cardiovasculaires et les cancers, s'observe de manière particulièrement importante au sein des populations les moins favorisées. Ceci se révèle tant en

La couverture maladie universelle

Dans le cadre de la lutte et de la prévention de l'exclusion, la loi CMU (Couverture maladie universelle) du 27 juillet 1999 a pour objectif de faciliter l'accès aux soins. Elle assure, d'une part une couverture de base par un régime obligatoire pour toutes les personnes résidant de manière stable et régulière en France, d'autre part elle fait bénéficier les plus défavorisés d'une couverture complémentaire. Elle permet une dispense totale d'avance d'argent. Elle propose la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et des conditions de remboursement en optique et en dentaire. Le seuil de revenu pour le bénéfice de la complémentaire gratuite est 3 500 francs pour une personne seule. La CMU se substituera au 1^{er} janvier 2000 à l'Aide médicale délivrée par les départements. Le volet "complémentaire" devrait concerner 6 millions de personnes, dont la moitié sont déjà bénéficiaires du RMI ou de l'Aide médicale.

Indices à âge et sexe comparables du taux de personnes vivant dans un milieu d'ouvriers et de cadres atteints d'au moins une affection dans les grands groupes pathologiques



terme de taux de fumeurs, qu'en terme de quantité de tabac consommé par personne. Par exemple, le taux de fumeurs est considérablement plus élevé chez les chômeurs puisque 44 % d'entre eux déclarent fumer, contre 32 % des actifs ; parmi les personnes vivant du RMI, le taux de fumeurs atteint 45 %.

L'état de santé perçu diffère peu selon la situation sociale

Lors de l'enquête, les personnes ont noté elles-mêmes leur état de santé entre 0 (très mauvais état de santé) et 10 (très bon état de santé). Cet indicateur subjectif de l'état de santé est peu lié au milieu social ou à la possession d'une couverture complémentaire. Ceci montre qu'il y a un décalage entre la perception de l'état de santé et la situation objective dont on voit au travers du nombre et de la nature des maladies qu'elle varie nettement selon la situation sociale.

Le recours aux soins

Durant le mois d'observation, 33 % des personnes recourent au moins une fois à un médecin. Parmi elles, 19 % recourent uniquement à des généralistes, 8 % uniquement à des spécialistes et 6 % à la fois à des généralistes et à des spécialistes. Par ailleurs, en un mois, 5 % ont eu recours à des soins de dentistes et au cours des douze derniers mois, 11 % à des soins d'infirmiers et 10 % à des soins de kinésithérapeutes.

Le recours au médecin, notamment au spécialiste, suit l'échelle sociale

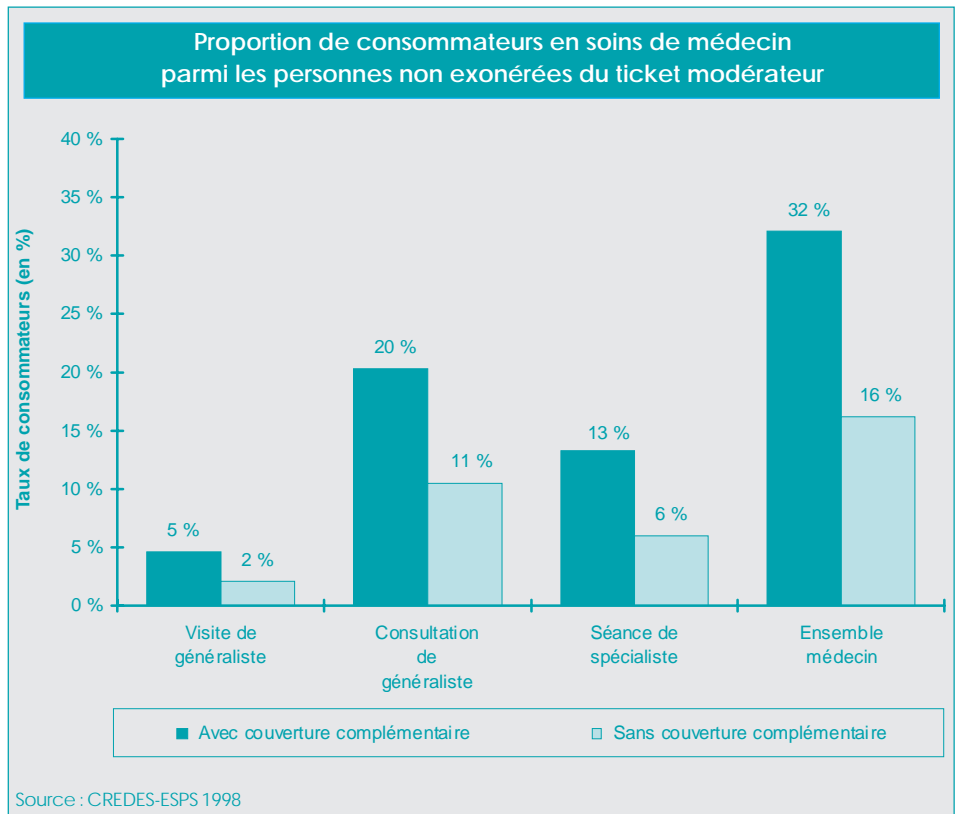
Dans les milieux ouvriers, les recours au médecin sont moins fréquents notamment en raison d'un recours moindre aux spécialistes. En effet, en un mois, presque deux fois plus de cadres que d'ouvriers font appel au spécialiste.

5 En toute logique, le revenu joue également un rôle important sur les recours au médecin. A structure d'âge et de sexe comparable, les personnes disposant de hauts revenus ont une probabilité 1,6 fois plus importante que les plus pauvres de recourir en un mois à des soins de médecin ; 3 fois plus pour les spécialistes.

Les personnes sans complémentaire maladie recourent nettement moins souvent au médecin que les autres. En effet, parmi les personnes non exonérées du ticket modérateur, celles qui n'ont pas de couverture complémentaire font appel à un médecin deux fois moins souvent que celles qui en ont une (Cf. graphique ci-dessus).

Les personnes vivant du RMI, théoriquement exonérées du ticket modérateur, ont moins souvent recours au médecin, un quart contre un tiers en un mois.

Les différences selon l'échelle sociale se retrouvent de façon similaire sur le débours ou la dépense. Par exemple, en-



tre les plus bas et les plus hauts revenus, les débours sont multipliés par 3 pour les consultations de généraliste et par 8 pour celles de spécialiste. Les personnes possédant une couverture complémentaire déboursent 2,7 fois plus en soins de généraliste que celles qui n'en disposent pas.

Les soins de dentistes sont les moins accessibles

Par rapport aux soins de médecins et de dentistes, les prothèses dentaires sont particulièrement mal remboursées par les régimes d'assurance maladie. De ce fait, elles sont très sensibles au mode de protection et surtout au niveau de revenu. Ainsi le faible remboursement des frais dentaires explique en grande partie que les personnes dépourvues de couverture complémentaire aient nettement moins souvent recours aux dentistes que les autres (3 % en un mois contre 5 % en moyenne). Le niveau de revenu creuse encore plus nettement cet écart. En effet, le recours au dentiste et la somme déboursée sont quatre fois plus importants chez les personnes à fort revenu que chez celles à revenu modeste.

A l'inverse, les personnes ayant de faibles revenus consomment plus de soins infirmiers

A âge et sexe comparables, la probabilité des personnes ayant de faibles revenus de recourir à des soins infirmiers est supérieure d'environ 20 % à l'ensemble de la population. Cette relation inverse au revenu fait des soins infirmiers une consommation médicale originale, que l'on pourrait rapprocher des visites de généraliste, qui sont aussi plus fréquentes pour les personnes ayant des revenus modestes que pour celles disposant de revenus élevés. A l'opposé, comme pour la plupart des soins ambulatoires, 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 bénéficier de soins de kinésithérapeute inférieure d'environ 25 % à l'ensemble de la population.

Ce comportement de consommation caractéristique des bas revenus est confirmé par l'observation des personnes bénéficiaires de l'Aide médicale, ou encore des familles d'ouvrier non qualifié.

La consommation pharmaceutique

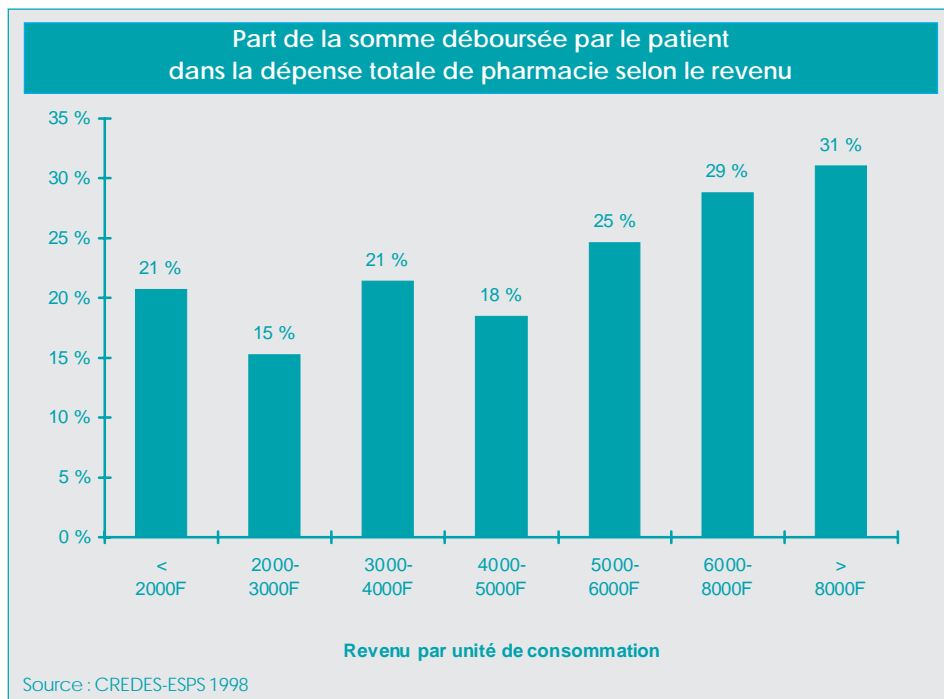
Parmi les personnes interrogées, 37 % ont consommé au moins un médicament au cours d'un mois d'enquête.

Les personnes à faible revenu dépensent moins pour les médicaments

Les difficultés financières sont un frein à la consommation de produits pharmaceutiques. La dépense de pharmacie, prescrite et non prescrite, est en effet inférieure de 26 % pour les personnes sans couverture complémentaire par rapport à l'ensemble de la population et de 38 % pour les personnes avec un revenu par unité de consommation inférieur à 2 000 francs. Il s'avère que ces personnes acquièrent une quantité de boîtes plus faible, et que ces boîtes sont en moyenne moins chères. Les personnes vivant du RMI par exemple n'acquièrent que 1,3 boîte en un mois avec un prix moyen de 38 francs, alors que l'ensemble de la population acquiert 2 boîtes au prix moyen de 48 francs. Pour toutes ces populations, le recours au tiers payant est plus fréquent que pour le reste de la population. La part du débours dans la dépense est en effet beaucoup plus faible (Cf. graphique ci-dessus).

Ces populations précaires ont plus tendance à demander un complément de prescription en fin de séance à leur généraliste. Les chômeurs par exemple semblent formuler cette demande plus souvent que les actifs, respectivement 12 et 9 %.

Enfin l'observance, c'est-à-dire le respect de l'intégralité de la prescription, est plus importante parmi les personnes déclarant une couverture complémentaire. En revanche, il y a peu de différence entre les milieux sociaux et il n'y a pas d'écarts selon les revenus.



L'hospitalisation

3,2 % des enquêtés déclarent avoir été hospitalisés au moins une fois au cours des trois mois précédant l'enquête.

Les bénéficiaires de l'Aide médicale sont plus souvent hospitalisés

Pour les personnes bénéficiaires de l'Aide médicale, la fréquence d'hospitalisation dans les trois mois précédant l'enquête est élevée, 5,8 % (contre 3,2 % en moyenne). Pourtant les bénéficiaires de cette aide sont relativement jeunes, l'âge moyen est de 28 ans, alors que les non bénéficiaires ont en moyenne 36 ans. Etant donné cette structure d'âge, le redressement par âge et sexe amplifie la différence du taux de recours à l'hospitalisation entre les deux populations. Rappelons que les personnes disposant de l'Aide médicale déclarent beaucoup plus d'affections que les autres, notamment des affections pulmonaires et des troubles mentaux.

* * *

En dehors de l'âge et de l'état de santé qui interviennent de façon majeure, les consommations de soins dépendent fortement du revenu et du fait de disposer ou non d'une couverture complémen-

taire. Ainsi, les personnes à faible revenu ou dépourvues de couverture complémentaire recourent moins aux soins, notamment à ceux de spécialistes, de dentistes et de kinésithérapeutes, et ce malgré un état de santé moins bon. Elles sont bien entendu plus nombreuses à déclarer renoncer à des soins pour des raisons financières.

La mise en place de la couverture maladie universelle en janvier 2000 devrait normalement réduire ces renoncements ou reports de soins liés à des difficultés pécuniaires. L'enquête Santé et Protection Sociale 2000 fera partie du dispositif d'évaluation de cette réforme qui en analysera les répercussions, notamment sur les comportements de soins des personnes qui bénéficieront de cette nouvelle couverture sociale.

Pour en savoir plus :

Santé, soins et protection sociale en 1998, A. Bocognano, S. Dumesnil, L. Frérot, Ph Le Fur, C. Sermet :

- rapport principal, biblio n° 1282, CREDES 1999, 167 p., Prix : 180 francs.
- rapport annexe biblio n° 1282 bis, CREDES 1999, 136 p., Prix : 180 francs.

Voir aussi :

Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, mise à jour, S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph Le Fur, biblio n° 1234, CREDES 1998, Prix : 150 francs.