

questions

d'économie de la santé

résultats

Repères

Les résultats sont issus de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS), menée tous les deux ans par le CREDES, auprès d'environ 20 000 personnes. Cette enquête est représentative des ménages résidant en France (hors collectivités) et dont un des membres est assuré à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes. Elle permet de faire régulièrement le point sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie selon différentes caractéristiques de la population : âge, sexe, milieu social, niveau de revenu, niveau d'études...

Les premiers résultats concernant l'année 2002 sont présentés dans cette synthèse. Un rapport complet comprenant l'ensemble des résultats détaillés est également disponible (Auvray et al., 2003).

Santé, soins et protection sociale en 2002

Laurence Auvray, Anne Doussin, Philippe Le Fur

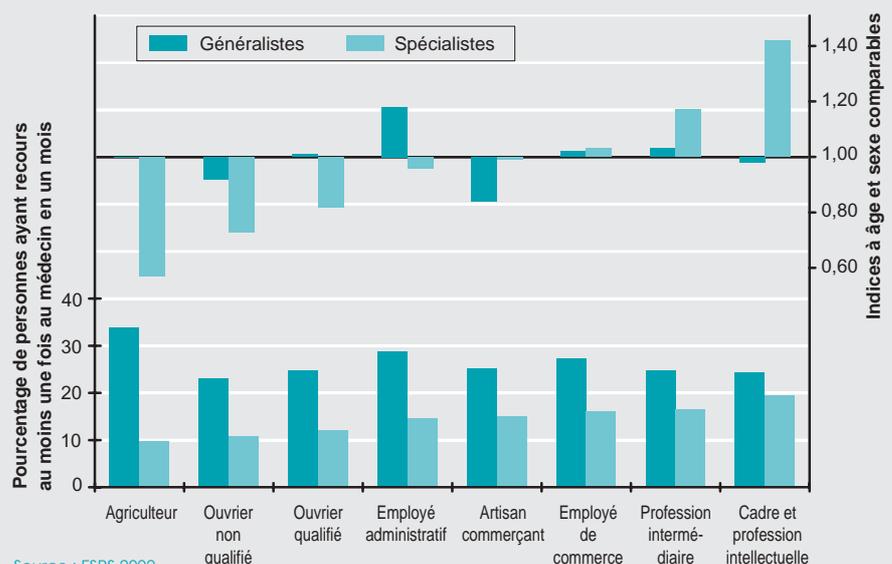
Tous les deux ans, à partir d'une enquête menée en population générale, le CREDES dresse le bilan de l'état de santé, du recours aux soins et de la couverture maladie des personnes vivant en France. Voici les premiers résultats concernant l'année 2002.

Après la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU) en 2000, l'amélioration de la couverture complémentaire maladie se poursuit. Elle bénéficie bien évidemment aux milieux sociaux les moins favorisés : chômeurs, familles monoparentales, bas revenus... Les résultats montrent que ces populations sont plus souvent exonérées du ticket modérateur pour raison médicale et semblent globalement en moins bon état de santé.

Malgré une meilleure prise en charge des soins, le recours aux spécialistes demeure très fortement lié à la catégorie socioprofessionnelle et au niveau de revenu. Avec 9 personnes sur 10 qui déclarent avoir un médecin généraliste habituel, le médecin généraliste reste le médecin de tous ; son accès est mieux réparti dans les différents milieux sociaux.

L'enquête permet d'aborder d'autres sujets, notamment la baisse du nombre de visites à domicile, le recours à l'ostéopathie et aux urgences...

Taux de recours au médecin et indices à âge et sexe comparables selon la profession et catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage



Source : ESPS 2002

L'indice à âge et sexe comparables permet de comparer des populations ayant des structures d'âge et de sexe différentes. Par exemple, le taux de consommateur de médecin généraliste des agriculteurs est plus élevé que celui des autres catégories socio-professionnelles. Ceci est lié à leur âge moyen élevé car à structure d'âge et de sexe comparable, leur consommation est égale à la moyenne (indice égal à 1).

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE 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@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

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.credes.fr

10 à 15 numéros par an

La protection sociale

La CMU a permis d'améliorer la couverture complémentaire maladie : en 2002, neuf personnes sur dix se déclarent protégées

Globalement en 2002, 91 % des individus déclarent être protégés par une couverture complémentaire maladie, dont 5 % par la CMU complémentaire¹.

La mise en place de la CMU a naturellement bénéficié aux personnes les plus précaires : revenus les plus faibles², chômeurs, familles monoparentales... (voir graphique ci-contre). Ainsi en 2002, parmi les ménages disposant des revenus les plus faibles, 84 % bénéficient d'une couverture complémentaire dont 30 % de la complémentaire CMU. De même, parmi les 78 % de chômeurs disposant d'une couverture complémentaire maladie, 22 % bénéficient de la complémentaire CMU.

L'amélioration de la couverture maladie déjà enregistrée en 2000, année de mise en place de la CMU, se poursuit. La part des personnes sans couverture complémentaire et non exonérées du ticket modérateur est passée de 8 %³ en 2000 à 7 % en 2002.

Les populations les plus précaires restent les moins bien couvertes

Malgré l'effet très positif de la CMU, ce sont encore les individus en situation sociale difficile qui sont le moins bien couverts. Par exemple, 20 % des chômeurs n'ont ni couverture complémentaire ni exonération du ticket modérateur contre 6 % des actifs occupés. C'est le cas aussi pour 12 % des personnes vivant dans des ménages disposant des revenus les plus faibles, contre 3,5 % pour les individus disposant des revenus les plus élevés. A structure d'âge et de sexe comparable, ce pourcentage est également plus élevé parmi les personnes vivant seules ou au contraire dans des familles nombreuses, dans les familles monoparentales, dans les ménages d'ouvriers, notamment non qualifiés, dans les ménages d'employés de commerce, d'artisans ou de commerçants.

La place prépondérante des mutuelles

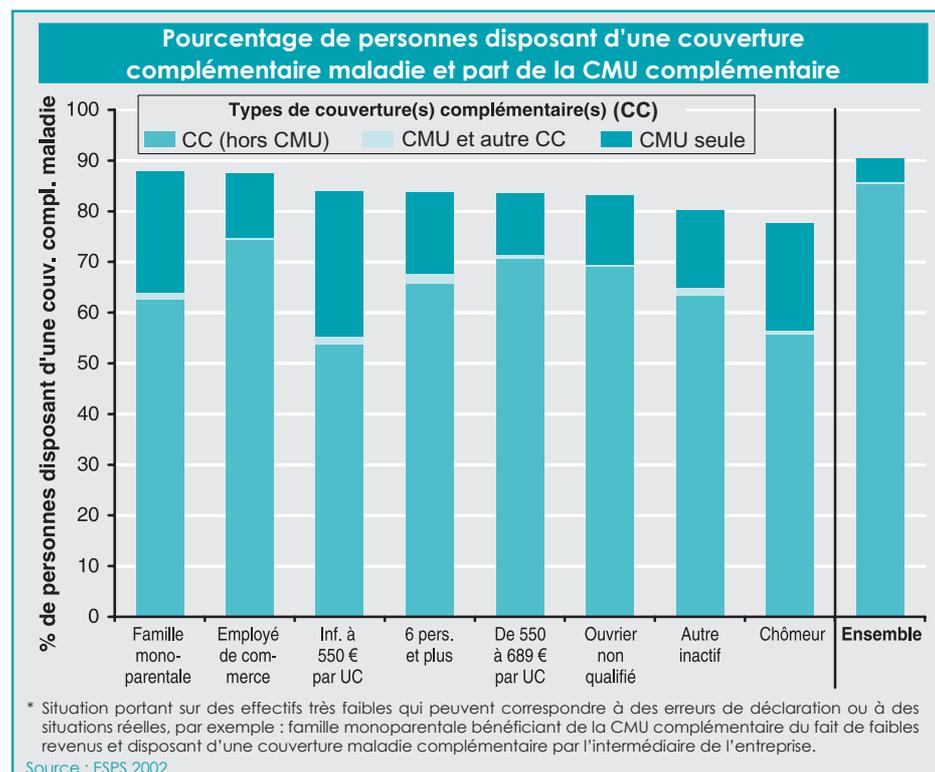
Plus d'un contrat de couverture complémentaire sur deux (hors CMU) est obtenu par l'intermédiaire de l'entreprise. Cette proportion, qui est de 64 % quand le souscripteur est actif, reste encore importante chez les retraités, 41 %.

Hors CMU, la proportion de personnes couvertes par une mutuelle est de 47 %, par une assurance privée de 20 % et par une institution de prévoyance de 15 %. Les mutuelles occupent donc une place prépondérante dans la couverture complémentaire santé. Le pourcentage de personnes qu'elles prennent en charge augmente avec l'âge. Ainsi, 56 % des enquêtés de 65 ans et plus sont couverts par une mutuelle alors qu'ils sont 44 % parmi les individus de moins de 40 ans.

Une personne sur dix déclare être exonérée du ticket modérateur pour raison médicale

Plus de 10 % des enquêtés déclarent être exonérés du ticket modérateur pour raison médicale et, plus précisément, 8,5 % pour affection(s) de longue durée (ALD)⁴ : 32 % pour maladie cardiovasculaire, 15 % pour tumeur maligne et 15 % pour diabète. Rappelons que ces affections de longue durée, au nombre de 30, sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie sur demande du médecin traitant et après avis du médecin conseil de la Sécurité sociale.

L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale est évidemment plus fréquente chez les personnes âgées, du fait de l'altération de l'état de santé avec l'âge. Cependant, à âge et sexe comparables, les chômeurs et également les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers et d'employés sont les catégories le plus souvent exonérées.



¹ 0,5 % des enquêtés sont simultanément bénéficiaires d'une couverture complémentaire hors CMU et CMU (voir note en bas du graphique ci-contre).

² On considère le revenu par unité de consommation qui correspond au revenu total déclaré par le ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Ce nombre est calculé comme suit : 1 pour le premier adulte rencontré dans le ménage, 0,5 pour la seconde personne, 0,3 pour les personnes de rang 3 et 4 et 0,4 pour les personnes de rang 5 et plus.

³ Pourcentage calculé selon les mêmes modalités de pondération qu'en 2002.

⁴ En 2002, le régime général d'assurance maladie estime à 12 % la proportion de bénéficiaires de ce régime exonérés du ticket modérateur pour ALD. Dans notre enquête, ce chiffre est inférieur mais il provient de déclarations et celles-ci sont recueillies auprès de personnes vivant en ménages ordinaires, c'est-à-dire ne vivant pas en collectivité (maison de retraite, long séjour...).

Par exemple, l'exonération pour raison médicale est deux fois plus fréquente dans les milieux d'ouvriers non qualifiés que dans les milieux de cadres supérieurs. Au cours des années précédant la mise en place de la CMU, les enquêtes ESPS avaient déjà mis en évidence ce gradient social. Pour l'expliquer, l'une des interprétations avancées consistait à dire qu'une partie de ce gradient était probablement due à une plus grande propension des médecins à demander une exonération du ticket modérateur pour les personnes malades vivant dans des milieux défavorisés. Si cette hypothèse est exacte, la CMU complémentaire devrait prendre le relais de ce que certains considèrent comme une exonération « médico-sociale ». Nous devrions alors commencer à constater une diminution de l'influence des facteurs sociaux sur le taux de personnes exonérées du ticket modérateur. Or deux ans après la mise en place de la CMU, le taux de personnes exonérées du ticket modérateur pour raison médicale reste en 2002 aussi important dans les milieux sociaux précaires, allant à l'encontre de l'hypothèse mentionnée ci-dessus. Le recul n'est cependant pas suffisant pour conclure.

La morbidité

Les problèmes dentaires concernent 7 enquêtés sur 10, les troubles de la réfraction 5 sur 10 (myopie, presbytie...). En dehors de ces affections courantes mais en incluant les problèmes de poids⁵, un quart des enquêtés ne déclarent aucun problème de santé, 23 % présentent une seule affection et 20 % en ont au moins 5⁶.

Si l'on considère la proportion d'individus atteints d'au moins une affection, les pathologies les plus fréquentes sont :

- les affections endocriniennes, de la nutrition ou du métabolisme : l'importance de cette catégorie est liée surtout au surpoids et à l'obésité qui touchent un tiers de la population, 12 % des enfants, 20 % des adultes jeunes de 16 à 39 ans et pratiquement la moitié des adultes plus âgés. Dans 27 % des cas, il s'agit d'une réelle obésité. Toujours pour cette catégorie de pathologies, les troubles du métabolisme des lipides concernent presque 9 % de la population mais 27 % des personnes de 65 ans et plus. Enfin, plus de 3 % des enquêtés ont un dia-

bète et quasiment autant des problèmes de thyroïde.

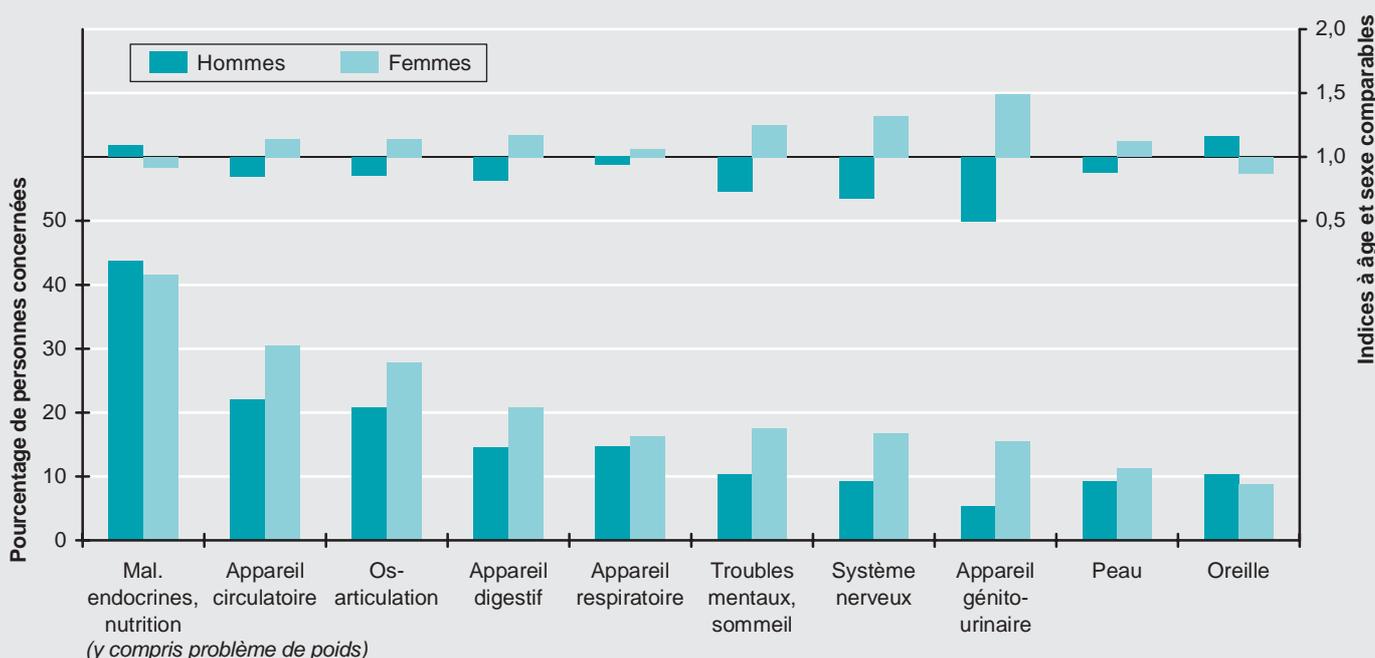
- les maladies cardio-vasculaires : elles touchent plus du quart de la population, 26 %. L'hypertension artérielle concerne presque 14 % des enquêtés et les problèmes veineux des membres inférieurs 11 %. Au-delà de 64 ans, plus de 4 personnes sur 10 déclarent une hypertension artérielle et 3 sur 10 se plaignent de troubles veineux.
- les maladies de l'appareil ostéo-articulaire : elles concernent un quart des enquêtés ; il s'agit essentiellement d'arthrose des membres et de problèmes rachidiens.

Quel que soit le type de pathologies considéré, les femmes en déclarent plus (voir graphique ci-dessous), à l'exception des problèmes endocriniens et du métabolisme, des problèmes d'oreille et des traumatismes.

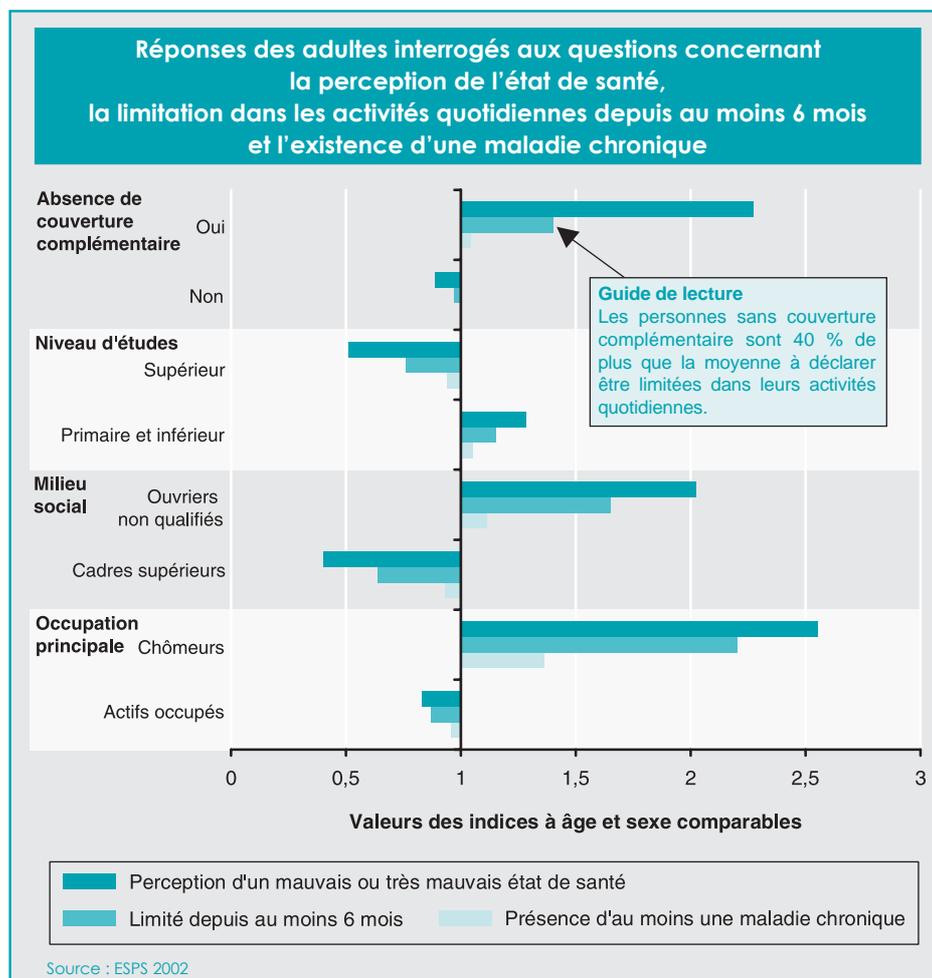
⁵ Problèmes de poids définis selon les références internationales à partir de l'indice de masse corporelle calculé d'après la taille et le poids déclarés par les enquêtés (poids/taille²).

⁶ Sont pris en compte les affections et troubles de santé repérables dans le questionnaire santé de l'enquête (pathologies déclarées sur la base d'une liste indicative, antécédents chirurgicaux, motifs de traitement...).

Les affections les plus fréquentes, hors problèmes dentaires et troubles de la vue, selon le sexe



Source : ESPS 2002



L'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS 2002)

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) est représentative des ménages dont un des membres au moins est assuré à l'un des trois principaux régimes d'Assurance maladie (régime général, régime des professions indépendantes ou régime agricole). Ces trois régimes représentent 95 % des ménages ordinaires (hors institutions) de France métropolitaine.

L'enquête permet tous les deux ans de relever, auprès d'environ 20 000 personnes (20 834 individus en 2002), des données sur l'état de santé, le recours aux soins, la consommation de biens médicaux, l'hospitalisation, la couverture santé ainsi que de nombreuses caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, occupation professionnelle, milieu social, revenu...). Des questions d'opinion sont également posées : autoévaluation de l'état de santé individuel, motif de renoncement aux soins... A partir de 2000, un certain nombre de questions relatives à la CMU complémentaire ont été introduites dans l'enquête.

L'enquête combine la méthode de l'entretien téléphonique (ou de l'entretien en face-à-face, si les coordonnées téléphoniques ne sont pas trouvées) et celle des questionnaires auto-administrés.

Nouvelle pondération en 2002

Le biais majeur de cette enquête ménage est la moindre participation des grands malades et des personnes âgées, d'où la nécessité de pondérer l'échantillon des participants.

Pour cela, nous avons utilisé la méthode de calage sur marge (Calmar)* qui consiste à confronter l'échantillon des répondants aux données du recensement réalisé par l'INSEE en 1999. La pondération a été calculée au niveau du ménage sur le chef de famille à partir des variables suivantes :

- l'âge de la personne de référence : moins de 30 ans, 30-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus ;
- l'activité : actif, retraité, autre inactif ;
- la taille du ménage : 1 personne, 2 personnes, 3 personnes, 4 personnes, 5 personnes et plus ;
- la taille d'unité urbaine : commune rurale, moins de 20 000 habitants, 20 000-200 000 habitants, plus de 200 000 habitants, agglomération parisienne.

Cette pondération n'est pas la même que celle utilisée les années précédentes. La comparaison directe avec les résultats publiés des enquêtes antérieures n'est donc pas possible.

* Cf. La macro Calmar - Redressements d'un échantillon par calage sur marges, Olivier Sautory, Cepe-Insee.

Les personnes en situation précaire se sentent en moins bonne santé que le reste de la population

Dans l'enquête, nous disposons de différents indicateurs d'état de santé qui ont pour objectif de donner une image synthétique de la santé des individus. Pour faciliter les comparaisons avec d'autres enquêtes, 3 nouvelles questions ont été introduites en 2002, explorant 3 aspects de l'état de santé⁷. La première, totalement subjective, cherche à apprécier comment la personne interrogée perçoit son état de santé global. La seconde, plus objective et « médicalisée » permet de savoir si la personne pense avoir une maladie chronique. La troisième, d'ordre fonctionnel, repère les enquêtés qui se sentent limités dans leurs activités du fait d'un problème de

santé depuis au moins 6 mois. Ces questions sont posées à un seul des adultes du ménage enquêté.

Les réponses à ces 3 questions sont liées à l'âge et à l'exonération du ticket modérateur, ces 2 variables étant associées à une altération objective de l'état de santé. Comme pour les autres indicateurs figurant dans l'enquête (note de santé perçue, risque vital, invalidité, cf. Auvray et al., 2003), à âge et sexe comparables, les réponses à ces questions sont aussi liées aux caractéristiques sociales. Les personnes les moins favorisées déclarent plus souvent un mauvais état de santé : chômeurs, personnes vivant dans des ménages d'ouvriers non qualifiés, personnes disposant d'un faible niveau d'études, mais aussi adultes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie. On notera toutefois que l'existence d'une maladie chronique est la variable la moins sensible aux caractéristiques sociales (cf. graphique ci-dessus).

⁷ Ce module de trois questions résulte d'une réflexion commune de différents organismes de recherche dans le cadre de l'harmonisation européenne des indicateurs de morbidité. Cf. Robine JM, Romieu I. Euro-reves: un ensemble cohérent d'indicateurs de santé. Actualité et dossier en santé publique, 2003, (42) : 39-42.

Le recours au médecin

En un mois, plus d'une personne sur trois déclare avoir vu au moins une fois un médecin

Comme au cours des années précédentes, pendant le mois d'enquête, plus du tiers des personnes ont eu recours au moins une fois à un médecin (34 % en 2002). 25 % déclarent avoir consulté un généraliste et 15 % un spécialiste. Le pourcentage de consultants est plus élevé parmi les nourrissons et les personnes âgées. Entre 20 et 59 ans, il est nettement plus important chez les femmes que chez les hommes.

Le milieu social influence fortement le recours au spécialiste mais peu le recours au médecin généraliste

Contrairement aux soins de spécialistes, dont on verra qu'ils sont fortement influencés par le milieu social, le recours au généraliste est mieux réparti dans la population⁸. Même s'il existe quelques différences liées au statut social de l'individu, les écarts restent limités à âge et sexe comparables. Seules la taille élevée du ménage et l'absence de couverture complémentaire maladie sont nettement associées à un moindre recours au généraliste.

À âge et sexe comparables, la proportion de personnes qui consultent un spécialiste ou un dentiste est très influencée par toutes les variables traduisant un certain gradient socio-économique : revenu, milieu social, famille nombreuse, absence de couverture complémentaire, etc. Ainsi, le taux de consommateurs de spécialistes et de dentistes est pratiquement divisé par deux lorsque les personnes ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie. De même, ce sont les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers non qualifiés et d'agriculteurs qui recourent le moins au spécialiste et au dentiste et celles vivant dans des ménages de cadres supérieurs qui y recourent le plus. Pour les agricul-

teurs en particulier, une part de ce comportement est probablement liée, non pas au milieu social proprement dit, mais à l'éloignement de l'offre de soins.

Enfin, l'état de santé influe très nettement sur le recours au spécialiste. En effet, à âge et sexe comparables, plus l'état de santé se dégrade plus le taux de consommateurs de soins de spécialistes augmente. Ce taux fait plus que doubler entre les personnes ne présentant aucun risque sur le plan vital et celles présentant un risque important de décès dans les années suivant l'enquête.

90 % des adultes déclarent avoir un médecin généraliste habituel

9 adultes sur 10 déclarent avoir un médecin généraliste habituel. Seuls 13 % des hommes et 8 % des femmes n'en ont pas. Ne pas avoir de médecin généraliste habituel est plus fréquent parmi les jeunes âgés de 20 à 39 ans et, à âge et sexe comparables, aux deux extrémités de l'échelle sociale. En effet, la proportion de personnes n'ayant pas de généraliste habituel est plus importante parmi les chômeurs, dans les ménages les plus pauvres, chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire et chez les personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie. Elle est forte également dans les ménages de cadres, chez les personnes ayant fait des études supérieures, chez celles vivant seules ou habitant l'unité urbaine de Paris et, enfin, chez les personnes en bonne santé.

La proportion de personnes ayant recours aux visites à domicile diminue en 2002

Le pourcentage de personnes qui ont fait venir le médecin à leur domicile (au moins une fois en un mois) varie en fonction des caractéristiques des individus. En 2002, comme dans les enquêtes précédentes, on observe que ce recours est plus fréquent parmi les personnes âgées de 70 ans et plus et dans une moindre mesure parmi les nourrissons et les enfants de moins de 10 ans. De même, à

Le recours à l'ostéopathe augmente avec le niveau de revenu

La reconnaissance du titre d'ostéopathe ou de chiropracteur, annoncée puis officialisée en mars 2002, nous a conduits à explorer le recours de la population à ces professionnels.

8,5 % des adultes directement interrogés en 2002 disent avoir eu recours à un ostéopathe ou un chiropracteur au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage est plus élevé chez les adultes de 30 à 60 ans et chez les femmes.

À structure d'âge et de sexe comparable, les taux de consommateurs les plus élevés s'observent pour les personnes vivant dans des ménages de cadres supérieurs (12 %) ou dont le chef de ménage exerce une profession intermédiaire (11 %), les taux les plus faibles concernent les employés de commerce et les ouvriers (autour de 6 %). Le recours à cette pratique augmente très nettement lorsque le revenu s'élève. Ainsi, le taux de recours des adultes disposant d'un revenu supérieur à 1 300 € par mois et par unité de consommation est pratiquement deux fois plus important que celui relevé chez les personnes dont les revenus sont inférieurs à 690 € par mois.

Les personnes ayant eu recours à cette pratique déclarent que le dernier ostéopathe ou chiropracteur consulté était dans 8 % des cas un médecin et dans 21 % des cas un kinésithérapeute. Les autres patients ne donnent pas de précision sur le statut des praticiens. Il est probable que parmi ceux-ci figurent des professionnels de santé.

À âge et sexe comparables, les personnes vivant dans des ménages de cadres supérieurs ou dont la personne de référence exerce une profession intermédiaire, ont une probabilité plus faible que la moyenne de recourir aux visites. À l'opposé, celle des ménages d'ouvriers et en particulier d'ouvriers non qualifiés est la plus élevée.

Le 5 juin 2002, un accord concernant le bon usage des visites a été conclu entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux. Les premières études réalisées en 2003 montrent un mouvement quasiment général

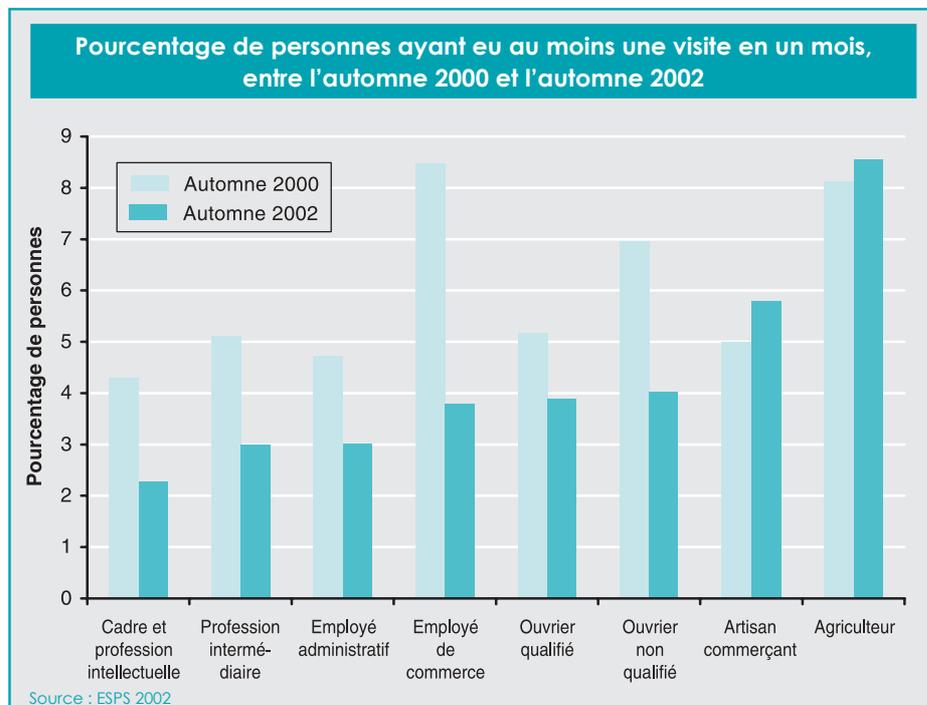
⁸ Comme le montre un récent travail réalisé pour l'OCDE dans le cadre du groupe Ecuity (à paraître), à état de santé donné, la distribution du recours au généraliste est uniforme dans la population alors que celle du recours au spécialiste est significativement en faveur des personnes aisées.

de baisse du nombre de visites effectuées par les médecins généralistes⁹. L'enquête ESPS étant réalisée en deux vagues, une au printemps et l'autre en automne, il nous est possible de comparer le taux de personnes ayant eu recours à des visites avant et après cet accord. Toutefois, le degré de morbidité variant selon les saisons, il est nécessaire de comparer cette évolution avec celle relevée lors des deux vagues des enquêtes précédentes, notamment celle de 2000¹⁰.

Entre le printemps et l'automne, en 2000, le taux de personnes ayant eu recours aux visites sur un mois a augmenté de 23 % alors qu'en 2002, il a diminué de 3 %. La baisse du recours aux visites était déjà sensible avant la signature officielle de l'accord. En effet, entre les printemps 2000 et 2002, on observe déjà une réduction de 13 % de ce taux. Ce mouvement s'accélère à la suite de l'accord puisqu'entre l'automne 2000 et l'automne 2002 cette réduction atteint plus de 30 %.

6 Cette baisse est plus ou moins marquée selon les caractéristiques des individus. Ainsi, entre l'automne 2000 et 2002, elle atteint plus de 70 % chez les enfants de moins de 16 ans alors qu'elle est inférieure à 10 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Toujours en comparant automne 2000 et automne 2002, on constate que les personnes exonérées du ticket modérateur sont relativement peu touchées puisque le pourcentage de personnes ayant eu recours aux visites diminue de 10 % dans cette population alors qu'il diminue de plus de 50 % chez les personnes non exonérées. Chez les bénéficiaires de la CMU, cette baisse est légèrement supérieure à celle des non-bénéficiaires. Enfin, comme le montre le graphique ci-dessus, l'évolution du taux de personnes ayant eu recours aux visites semble sensible au milieu social. Ainsi, si ce taux varie peu pour les personnes vivant dans des ménages d'agriculteurs et d'artisans ou de commerçants, peut-être du fait de leur âge élevé, toutes les autres



catégories sociales sont concernées par la diminution du recours aux visites, en particulier les personnes vivant dans un milieu d'employés de commerce, de cadres supérieurs, d'ouvriers non qualifiés et de professions intermédiaires, pour lesquels la baisse est supérieure à 40 % (cf. graphique ci-dessus).

Les deux tiers des séances de spécialistes sont conseillées par un professionnel de santé

Le recours au médecin généraliste dépend pour l'essentiel du choix du patient. Toutefois, une séance sur cinq fait suite à la demande du généraliste qui souhaite revoir son patient. Seules 2 % des séances de généralistes sont effectuées suite au conseil d'un spécialiste et 7 % suite au conseil d'un autre généraliste consulté par le patient.

Le patient ou son entourage sont à l'origine du tiers des séances de spécialistes. Les deux tiers des séances sont donc initiés par le corps médical. Le spécialiste consulté est lui-même à l'origine d'un quart des séances, une séance sur cinq fait suite au conseil d'un autre spécialiste et 17 % sont préconisés par un généraliste.

Bien entendu, le mode de recours varie selon la spécialité du médecin consulté.

L'accès direct du patient (choix personnel ou conseil de l'entourage) concerne 6 séances sur 10 chez les dermatologues, les pédiatres et les ophtalmologues et presque 5 séances sur 10 chez les gynécologues. À l'inverse, les recours aux cardiologues et aux radiologues sont 9 fois sur 10 initiés par le corps médical¹¹.

La pharmacie

L'état de santé est le premier déterminant de la consommation pharmaceutique

Un jour donné, la moitié de la population enquêtée consomme au moins un médicament¹². Ce taux de consommateurs varie de manière très importante avec l'âge et le sexe. Les différences les plus sensibles entre hommes et femmes

⁹ Cnamts, Point de conjoncture n°14 – juin 2003.

¹⁰ Comparaison effectuée sur les résultats de 2000 redressés selon les mêmes modalités qu'en 2002. A noter que la fréquence des affections de type épidémique diffère peu entre 2000 et 2002, en particulier à l'automne.

¹¹ Soulignons que les réponses aux questions sur l'adressage, notamment lorsqu'on les analyse par type de spécialiste consulté, sont relativement instables dans les différentes enquêtes ESPS. En effet, il n'est pas toujours évident de déterminer qui a décidé de la consultation. Ainsi, lorsqu'un spécialiste dit au patient de revenir si son état ne s'arrange pas, est-ce le patient ou le spécialiste qui est à l'origine de la séance ?

¹² Il est demandé aux enquêtés de noter l'ensemble des médicaments consommés au cours des 24 heures précédant l'enquête.

s'observent entre 20 et 49 ans et sont dues essentiellement aux consommations de contraceptifs oraux. On notera que 4 nourrissons sur 10 consomment de la pharmacie, soit un taux deux fois plus élevé que pour les jeunes enfants. À l'autre extrémité de la courbe, près de 9 personnes âgées de 70 ans et plus sur 10 consomment journalièrement un ou plusieurs produits pharmaceutiques.

Un consommateur de médicaments prend en moyenne 3 produits différents par jour. Avant 40 ans, ce chiffre est légèrement inférieur à 2. Après, il augmente pour atteindre près de 5 médicaments par jour pour les personnes de 80 ans et plus (voir graphique ci-dessous).

L'état de santé est le premier déterminant de la consommation pharmaceutique. Le taux de consommateurs de médicaments augmente de manière considérable lorsque l'état de santé se dégrade et ce quels que soient les indicateurs (indicateurs synthétiques d'état de santé ou exonération du ticket modérateur pour raison médicale). Ainsi, à âge et sexe comparables, le taux de consommateurs de médicaments est 3 fois plus élevé chez les personnes exonérées pour raison médicale que chez les autres enquêtés.

L'influence des variables socio-économiques

Le taux de consommateurs de médicaments, un jour donné, est également sensible aux variables socio-économiques. Ainsi, à âge et sexe comparables, les personnes qui vivent dans des ménages d'employés, de cadres ou dont le chef de ménage exerce une profession intermédiaire sont proportionnellement plus nombreuses à consommer des médicaments que les autres personnes, en particulier les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés (cf. graphique page 8). De même, les taux de consommateurs sont nettement plus faibles pour les personnes aux revenus modestes, celles vivant dans des familles monoparentales, les bénéficiaires de la CMU et les personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire maladie.

L'automédication reste limitée

Parmi les médicaments les plus consommés, signalons qu'un jour donné, une personne sur cinq consomme au moins un médicament à visée cardio-vasculaire. 11 % consomment des antalgiques, 9 % absorbent au moins un médicament hypolipidémiant et 8,5 % consomment au moins un psychotrope.

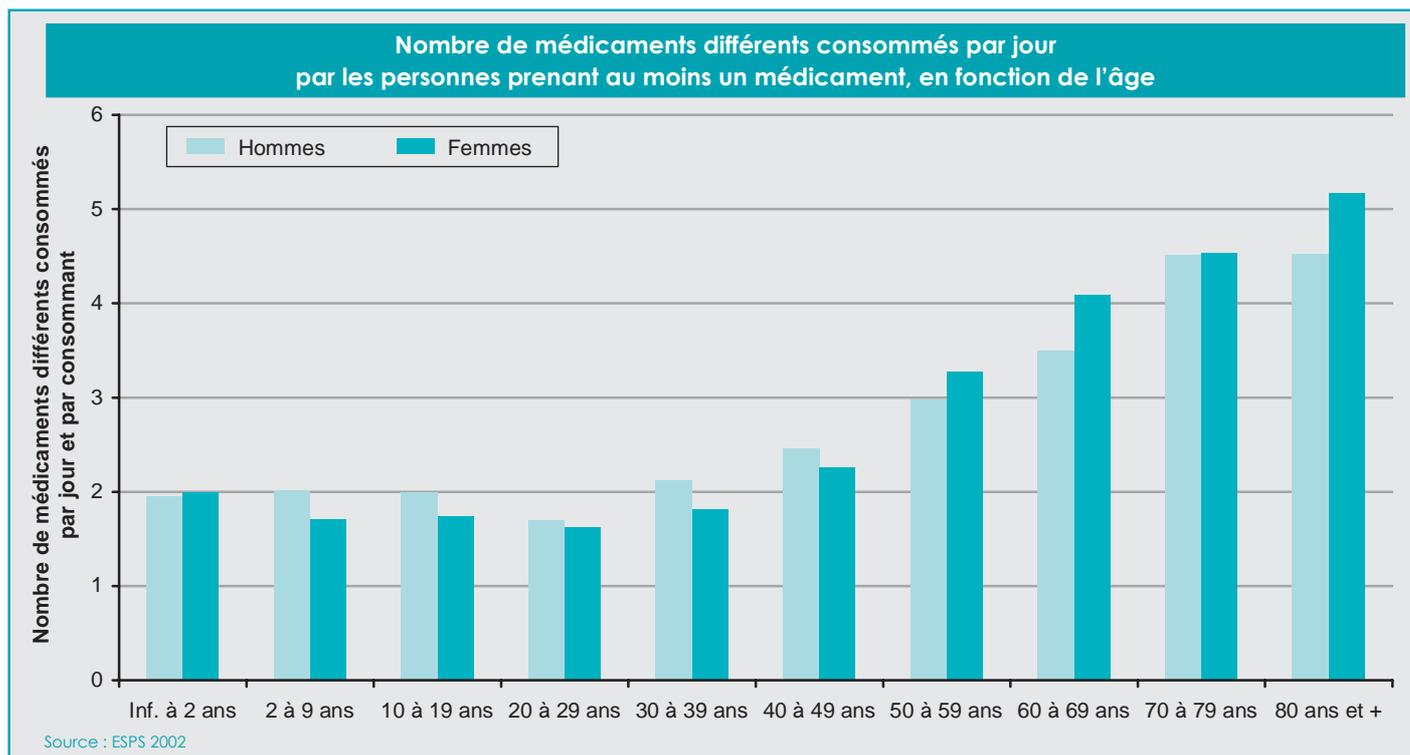
Qui consulte aux urgences d'un hôpital ?

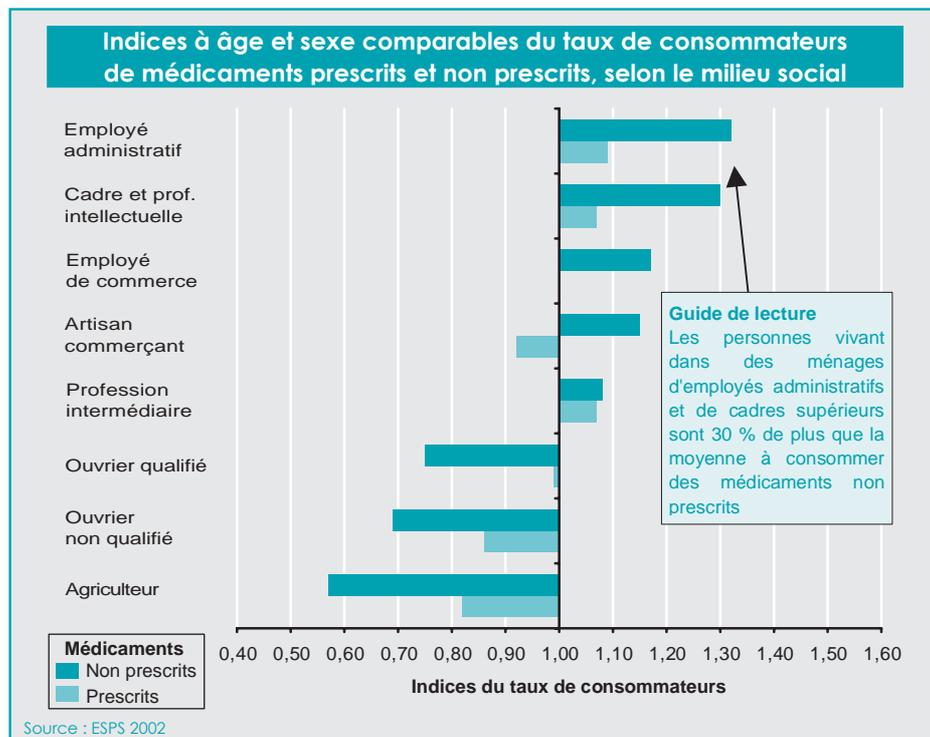
Dans les 12 mois précédant l'enquête, 10 % des personnes enquêtées déclarent avoir été soignées au moins une fois aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique.

Les pourcentages de consultants les plus importants, 17 %, s'observent aux deux extrémités de la vie, chez les nourrissons de moins de 2 ans et chez les personnes de 80 ans et plus*. Les caractéristiques socio-économiques des personnes qui ont eu recours au moins une fois aux urgences hospitalières au cours des 12 mois précédant l'enquête, à âge et sexe comparables, s'opposent pratiquement point par point à celles des personnes consommant des soins de ville. Ainsi les taux de consommateurs sont très élevés chez les chômeurs et les personnes vivant dans un ménage d'employés (notamment de commerce) ou d'ouvriers non qualifiés. Ce taux est également élevé chez les personnes vivant seules ou dans une famille monoparentale, chez les personnes ayant un faible niveau d'études ou de revenu, chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou encore chez les personnes sans couverture complémentaire maladie.

* Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'enquête sur les urgences (cf. Les usagers des urgences, DREES, Études et Résultats, janvier 2003, n° 212). Cependant, dans notre enquête, la proportion des personnes ayant consulté au moins une fois aux urgences est probablement sous-estimée du fait des défauts de mémorisation.

7





La plupart des médicaments consommés sont prescrits. En effet, alors que 45 % de la population consomment des médicaments prescrits, seuls 6 % des enquêtés déclarent consommer des médicaments non prescrits. L'automédication est nettement plus fréquente chez les femmes, puisque 7,5 % d'entre elles y ont recours contre 4 % des hommes. C'est entre 20 et 49 ans ainsi que chez les nourrissons que cette consommation est la plus forte. Les antalgiques sont les médicaments non prescrits les plus consommés (40 %).

Plusieurs types de facteurs semblent influencer sur le recours à des médicaments non prescrits :

- facteur économique probablement, puisque, à âge et sexe comparables, ce taux est plus faible parmi les personnes vivant dans des ménages d'ouvriers et parmi les bénéficiaires de la CMU complémentaire et est supérieur à la moyenne chez les personnes vivant dans des ménages de cadres supérieurs ;
- facteurs sociologique et culturel également, car par exemple les employés de commerce dont les ressources sont pourtant généralement limitées, et les bénéficiaires de la CANAM (artisans, commerçants...) recourent plus que la moyenne à l'automédication.

Le renoncement aux soins

En 2002, 11,2 % de la population adulte, directement interrogée, déclarent avoir renoncé au moins une fois à des soins de santé pour des raisons financières. Ce taux est particulièrement faible par rapport aux années précédentes. Ainsi, en 2000, avec les mêmes modalités de redressement qu'en 2002, il était de 15,7 %. Cette évolution ne semble pas due uniquement à l'amélioration de la couverture maladie des ménages les plus pauvres puisqu'elle intéresse toutes les catégories de population.

* * *

L'enquête ESPS, réalisée tous les 2 ans, offre un bilan régulier des caractéristiques de la population en terme d'état de santé, de recours aux soins et de couverture maladie. Sa courte périodicité permet d'adapter le questionnement aux préoccupations du moment et de fournir aux différents acteurs du domaine un éclairage récent sur les comportements de la population. Enfin, rappelons que les données d'enquête sont systématiquement appariées aux données de remboursement des organismes de Sécurité sociale. Ces données seront disponibles

pour l'enquête 2002 au cours de l'année 2004.

Outre les statistiques descriptives présentées ici, cette enquête fournit une base complète permettant des analyses sur l'évolution des comportements de soins et d'état de santé, des analyses médico-économiques et des évaluations de politiques publiques. A partir des données de l'enquête menée en 2002, sont déjà parues une analyse de la perception des Français sur les mesures récentes du système de santé (carte vitale, médicaments génériques...) et une autre sur l'état de santé des bénéficiaires de la CMU. D'autres sont prévues très prochainement, notamment sur l'accès aux ophtalmologistes et sur le niveau de couverture complémentaire maladie dont bénéficie la population.

Cette enquête est un outil partagé : sa conception et son exploitation associent d'autres organismes (caisses d'assurance maladie, DREES, InVs...). Ce partenariat se poursuivra en 2004 pour la prochaine enquête qui présentera de nombreuses modifications. Elle constituera une étape de transition vers une forme rénovée afin de l'adapter au nouveau contexte, notamment de l'évolution des systèmes d'information de l'assurance maladie et dans la perspective de comparaisons européennes.

Pour en savoir plus

Santé, soins et protection sociale en 2002, Avray L., Doussin A., Le Fur Ph, CREDES.

Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002, Doussin A., Dumesnil S., Le Fur Ph, CREDES, Questions d'économie de la santé n° 62, décembre 2002.

Médicaments génériques, carnets de santé, carte vitale, CMU, campagne de prévention : quelle perception des Français en 2002 ?, Naudin F., CREDES, Questions d'économie de la santé n° 75, décembre 2003.

L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002, Le Fur Ph, Perronnin M., CREDES, Questions d'économie de la santé n° 76, décembre 2003.