



Ministère
de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé
et de la protection sociale



Études et Résultats

N° 378 • février 2005

Au delà de l'influence de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire influent sur la consommation de soins. Alors que la structure de la consommation des personnes issues de milieux sociaux favorisés est plutôt tournée vers les soins ambulatoires, celle des plus modestes a tendance à privilégier les soins vers l'hôpital : c'est le cas des personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrière ou n'a pas reçu d'éducation secondaire, ainsi que des personnes issues de familles monoparentales. En outre, les personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues, les bénéficiaires de la CMU complémentaire engageant quant à eux des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens supérieures à celles des autres assurés complémentaires. Enfin, les déclarations portent sur le renoncement aux soins pour des raisons financières, qui concernent essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes, sont réduites de plus de moitié quand les personnes sont couvertes par une assurance complémentaire.

Denis RAYNAUD

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère des solidarités et de la famille
Drees

Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire

La présente étude a pour objet d'estimer l'influence des caractéristiques des individus ou des ménages auxquels ils appartiennent sur leurs dépenses de santé. Elle actualise et complète des résultats précédemment publiés¹. Outre les influences de l'âge et du sexe, l'incidence des caractéristiques économiques et socioculturelles est étudiée. En particulier, l'influence de la catégorie sociale du ménage sur la dépense de soins, et plus encore sur la structure de la consommation de soins, se trouve ici confirmée, soulignant une différence entre d'une part les personnes issues de ménages favorisés, qui recourent plus aux soins ambulatoires, et d'autre part les personnes issues de ménages défavorisés, qui ont plutôt recours aux soins hospitaliers. Enfin, l'influence spécifique de l'assurance maladie complémentaire sur la consommation de soins fait l'objet d'une nouvelle estimation, soulignant son importance tant dans l'accès aux soins que sur la dépense ou le renoncement aux soins pour des raisons financières.

Deux sources de données ont été pour cela utilisées (encadré 1), d'une part les Échantillons permanents des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA et d'autre

1- « Les déterminants individuels des dépenses de santé » D. RAYNAUD- Etudes et résultats n°182- juillet 2002- Drees.



part l'enquête Santé et protection sociale (SPS) de l'IRDES, pour les années 2000 et 2002. Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Dans un premier temps, les dépenses individuelles moyennes à structures d'âge et de sexe comparables sont analysées en fonction de la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage. Puis, les consommations de soins donnent lieu à une modélisation « toutes choses égales par ailleurs », qui porte à la fois sur la probabilité de recourir aux soins et sur les dépenses effectuées dans l'année, une fois tenu compte des probabilités de recours aux soins différenciées (encadré 2). Enfin, les déterminants du renoncement aux soins pour des raisons financières sont étudiés.

Un lien étroit entre consommation de soins et catégorie socio-professionnelle...

Les dépenses de santé étant avant tout liées à l'âge et au sexe (voir encadrés 3 et 4), les différences de dépenses moyennes selon la catégorie sociale doivent être étudiées à structures d'âge et de sexe comparables. Cela permet de mettre en évidence un lien étroit entre la consommation individuelle de soins et la catégorie socio-professionnelle de la personne de référence du ménage. Les dépenses totales de santé

sont ainsi les plus élevées pour les personnes issues de ménages dont la personne de référence est ouvrier non qualifié (+ 18 % par rapport à la moyenne) [graphique 1] alors que les dépenses les plus faibles sont observées dans les catégories sociales les plus favorisées, les cadres et les professions intermédiaires (- 9 % par rapport à la moyenne). Les ouvriers qualifiés (+ 1 %) et les employés (+ 7 %) présentent quant à eux des dépenses de soins légèrement supérieures à la moyenne.

...avec des dépenses hospitalières plus élevées chez les ouvriers non qualifiés

Les dépenses totales de santé plus élevées des ouvriers non qualifiés sont toutefois exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières. A âges et sexe identiques, ces dernières décroissent en effet quand la catégorie socioprofessionnelle du ménage s'élève. Les ouvriers non qualifiés ont ainsi des dépenses d'hospitalisation supérieures de 42 % à la moyenne, alors que les cadres et les professions intermédiaires dépensent respectivement 21 % et 20 % de moins. Ainsi, la part de l'hospitalisation dans les dépenses totales de soins n'est que de 38 % pour les cadres et les professions intermédiaires, alors qu'elle est de respectivement 45 % et 46 % pour les ouvriers qualifiés et les employés, et qu'elle atteint 53% chez les ouvriers non qualifiés (graphique 2).

Les explications de ces différences peuvent être diverses. La disparité des risques professionnels ou de l'environnement peut ainsi induire des pathologies spécifiques ou des accidents plus nombreux pour ces catégories socioprofessionnelles. Ainsi, selon une étude de la Dares, les cadres signalent moins souvent un lien entre leur santé et leur travail, sauf pour les dépressions et autres troubles psychiques². Les situations ou les comportements à risque sont en outre plus fréquemment observés dans les milieux les plus modestes. Elles induisent, compte tenu par ailleurs d'un moindre recours à la prévention, des pathologies plus graves ayant pour conséquence des dépenses hospitalières élevées. Ces pathologies sont notamment celles liées à l'alcoolisme (induisant des cirrhoses, cancers VADS³, suicides, accidents...), au tabagisme (cancers du poumon, cancers VADS, pathologie respiratoire, infarctus du myocarde) et à des différences de modes de vie concernant la nutrition (diabète, cancer du colon), la sédentarité (infarctus du myocarde) ou l'adoption de conduites à risques (accidents)⁴. Ainsi, il se confirme en 2002 qu'à structures d'âge et de sexe comparables, les indicateurs de risque vital et d'invalidité de l'Irdes (voir encadré 3) sont très liés à la catégorie sociale du ménage auquel les personnes appartiennent. Ce sont les cadres qui présentent le meilleur état de santé (indices de 0,91 pour le risque vital et de 0,89 pour l'invalidité), suivis des professions intermédiaires (0,94 et 0,95), alors que les employés (1,07 et 1,03) et les ouvriers qualifiés (1,07 et 1,05) ont des indicateurs d'état de santé équivalents, moins bons que la moyenne. Enfin, les ouvriers non qualifiés apparaissent clairement comme la catégorie socio-professionnelle dont l'état de santé est le plus dégradé (1,11 et 1,13).

E • 1

Les données utilisées dans l'étude : un appariement de l'EPAS et de l'enquête SPS

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'appariement de deux sources de données complémentaires, l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) menée par l'IRDES en 2000 et 2002, et les Echantillons Permanents des Assurés Sociaux (EPAS) issus des trois principales caisses d'assurance maladie, la CNAMTS, la MSA et la CANAM. L'enquête SPS, biennale, est menée auprès d'un échantillon de ménages ordinaires dont au moins un membre est présent dans l'EPAS, cet échantillon étant représentatif d'environ 95 % des ménages français. Elle fournit des renseignements démographiques, socio-économiques, sur la protection sociale, et sur l'état de santé. Les dépenses annuelles de soins présentées au remboursement de l'assurance maladie, présentes dans l'EPAS et appariées à SPS, sont quant à elles directement issues des fichiers de liquidation de l'assurance maladie. Toutefois, certaines consommations de santé échappent à l'EPAS, c'est le cas des consommations non prescrites et/ou non remboursables, des consommations remboursables mais non présentées au remboursement, ainsi que les dépenses de soins non individualisables (les séjours de longue durée dans les établissements médicalisés et une partie des dépenses hospitalières). Ainsi, l'EPAS permet de reconstituer environ 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux des comptes de la santé. Les appariements de l'EPAS et de l'enquête SPS pour les années 2000 et 2002 utilisés dans cette étude représentent environ 18 500 individus.

2 - « Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq », Premières informations et premières synthèses, Dares, mai 2004 - n° 19.1

3 - Voies aéro-digestives supérieures.

4 - JOUGLA E., RICAN S., PEQUIGNOT F., LE TOULLEC A. « Disparités sociales de mortalité en France », dans « Les inégalités sociales de santé », Paris : La Découverte, Inserm 2000.

Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » confirme des dépenses plus élevées des ouvriers à l'hôpital et des cadres en ambulatoire

L'écart de dépenses totales de soins observé entre cadres et professions intermédiaires d'une part, et ouvriers et employés d'autre part, s'explique donc en premier lieu par des disparités d'état de santé. Néanmoins, l'analyse « toutes choses étant égales par ailleurs » (voir encadré 2), c'est-à-dire tenant compte des caractéristiques des personnes en y incluant les indicateurs d'état de santé, confirme une influence spécifique et significative de la catégorie sociale du ménage sur les comportements de consommation de soins. En particulier, une opposition marquée persiste entre les ouvriers, qui ont davantage recours aux dépenses hospitalières (+ 13 % par rapport aux cadres et + 17 % par rapport aux professions intermédiaires), et les cadres, qui privilégient les dépenses ambulatoires (+ 16 % par rapport aux ouvriers) [tableau 1].

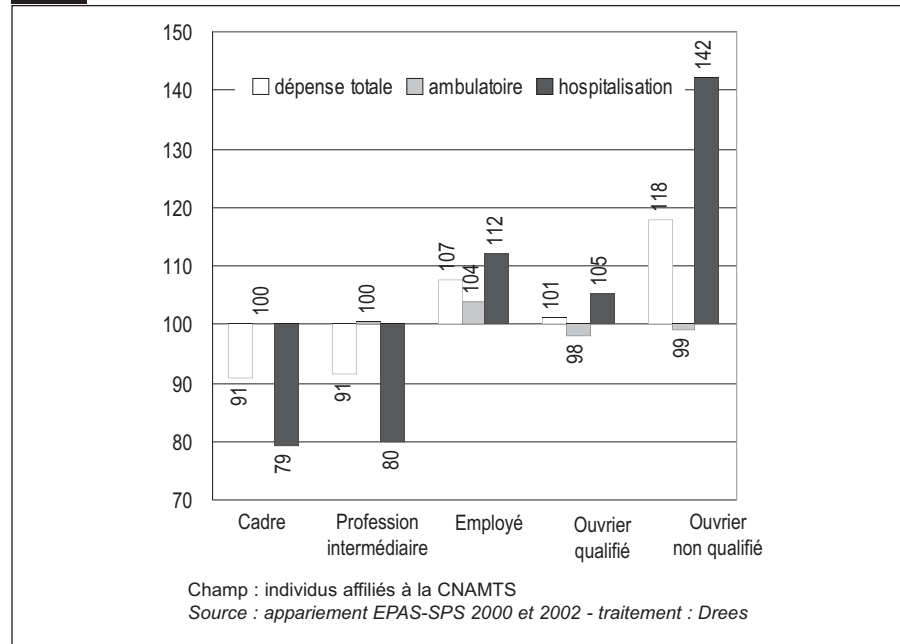
En revanche, la probabilité de recourir à l'hospitalisation au moins une fois dans l'année ne semble pas liée à la catégorie socioprofessionnelle,

indépendamment des indicateurs d'état de santé. Il en est de même pour la probabilité de présenter au remboursement des dépenses ambulatoires au moins une fois dans l'année, à l'exception des artisans et des agriculteurs, qui, plus fréquemment que d'autres, n'effectuent aucune consommation de soins dans l'année (tableau 2).

Les soins de spécialistes, optiques et dentaires distinguent les cadres des ouvriers

Les agriculteurs, les artisans, mais aussi les cadres présentent une plus faible probabilité de consulter un médecin omnipraticien au moins une fois dans l'année, avec pour ces derniers

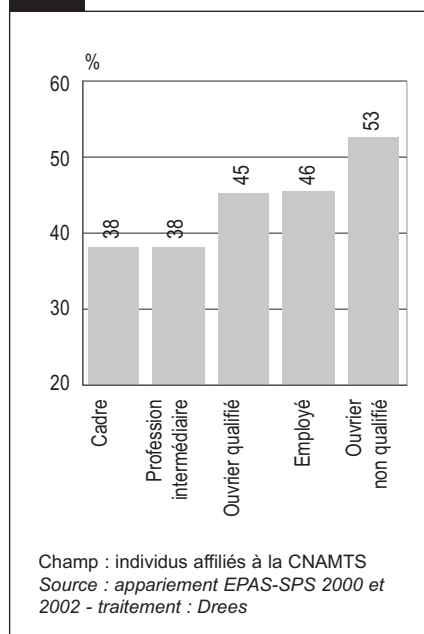
G•01 indice de dépenses de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence



3

part des dépenses hospitalières dans la dépense totale selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence (à structure d'âge et de sexe identique à l'ensemble de l'échantillon)

G•02



E•2

La modélisation des dépenses de santé : le modèle Tobit généralisé

$$y^*_1 = x_1\alpha + u_1 \quad (1) \quad \text{où} \quad \begin{pmatrix} u_1 \\ u_2 \end{pmatrix} \approx N \left[\begin{pmatrix} 0 \\ 0 \end{pmatrix}, \begin{pmatrix} 1 & \rho\sigma \\ \rho\sigma & \sigma^2 \end{pmatrix} \right]$$

$$y^*_2 = x_2\beta + u_2 \quad (2)$$

Les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie sont estimées à partir d'un modèle à deux équations de type Tobit généralisé. La première équation modélise la probabilité d'engager des dépenses de santé dans une année, et la deuxième équation modélise le montant de dépense annuelle (en logarithme). Les résidus de ces deux équations sont corrélés, ce qui permet de tenir compte de la dépendance entre la décision de consommer et le montant de la dépense engagée. Le modèle est estimé par la méthode en deux étapes de Heckman^{*}, en corrigeant l'hétéroscédasticité des résidus estimés dans la deuxième équation.

L'objectif est d'estimer l'impact des variables socio-démographiques sur la consommation de soins de l'ensemble des individus, qu'ils aient eu ou pas une consommation dans l'année. Dans la mesure où seules les dépenses des individus qui ont effectivement consommé des soins dans l'année sont observées, cela introduit un biais de sélection dans les observations disponibles pour la deuxième équation. Celui-ci peut être corrigé en tenant compte de la corrélation des résidus dans l'estimation des paramètres de la deuxième équation. Les effets estimés des différentes variables explicatives du modèle sur les dépenses de santé s'interprètent alors comme des effets théoriques sur la dépense dans le cas où décision de consommer et dépense engagée seraient indépendantes. Cette forme de modélisation permet donc de distinguer l'effet des différentes variables sur la probabilité de consommer des soins de leur effet sur la dépense.

* HECKMAN J., « Sample selection bias as a specification error », *Econometrica*, 47, 153-161, 1979

une substitution entre la consultation d'omnipraticien et de médecin spécialiste. Les dépenses d'honoraires d'omnipraticiens, une fois que l'on a tenu compte de cette propension à consulter, n'apparaissent toutefois pas spécifique-

ment liées à la catégorie sociale. De même, les dépenses pharmaceutiques, d'analyses biologiques ou en auxiliaires médicaux n'y sont globalement pas ou peu liées⁵.

Ce sont les dépenses de spécialistes,

les dépenses optiques et la probabilité d'engager des soins dentaires dans l'année qui semblent être les plus liées à la catégorie socioprofessionnelle du ménage. Ainsi, la probabilité d'engager des soins dentaires est plus élevée chez les

E•3

La croissance des dépenses de soins avec l'âge est essentiellement liée à la dégradation de l'état de santé

Des dépenses de soins croissantes avec l'âge, avec une forte accélération des dépenses hospitalières au delà de 70 ans.

L'analyse conduite à partir des données issues de l'appariement EPAS-SPS confirme que les dépenses individuelles de soins croissent avec l'âge, de manière accélérée à partir de 50 ans. Jusqu'à l'âge de 70 ans, ce sont les dépenses de soins de ville qui augmentent avec l'âge plus rapidement que les soins hospitaliers, puis le constat s'inverse : au delà de 80 ans, les dépenses hospitalières sont près de quatre fois supérieures à la moyenne. Plutôt que par un effet spécifique de l'âge, la croissance de ces dépenses est expliquée, dans de nombreuses études françaises ou étrangères¹, par la dégradation de l'état de santé et par la probabilité croissante avec l'âge de décéder dans l'année. En effet, la dernière année de vie entraîne des dépenses de soins très élevées, en particulier hospitaliers. Ainsi, aux Etats-Unis, les dépenses à la charge de Medicare (assurance maladie publique réservée aux personnes de 65 ans et plus) sont 7 fois plus importantes pour les assurés décédés dans l'année que pour les survivants. En France, en 2002, la dépense moyenne d'une personne décédée dans l'année est de 13 500 €, dont les trois quarts au titre de l'hospitalisation, alors que la dépense moyenne globale se limite à 1 800 €².

Pour les soins de ville, ce sont les soins en auxiliaires médicaux et les dépenses de médicaments qui sont plus particulièrement liées à l'âge

Les soins d'auxiliaires médicaux concernent essentiellement les personnes âgées de plus de 70 ans : c'est le cas des soins infirmiers, par lesquels passe pour partie la prise en charge des personnes âgées dépendantes au delà de 80 ans, mais aussi les soins de kinésithérapie. Les dépenses de médicaments se concentrent aussi aux âges élevés, mais de manière moins prononcée. L'augmentation des dépenses de médicaments avec l'âge est ainsi très rapide jusqu'à 70 ans, puis elle ralentit, les dépenses de médicaments des personnes âgées de 80 ans et plus étant à peine supérieures à celles des personnes âgées de 70 à 79 ans³. Cette

croissance des dépenses avec l'âge, quoique importante, s'explique avant tout par des besoins de soins plus importants. Ainsi, l'effet spécifique de l'âge sur la consommation de médicaments des personnes de 70 ans et plus explique seulement 15 % de la dépense, alors que les indicateurs d'état de santé en expliquent 80 %⁴.

**indices de dépenses de soins par âge
(Moyenne unitaire pour l'ensemble de l'échantillon)**

En %

	Totales	Ambulatoires	Hospitalières	Médicaments	Omnipraticiens	Spécialistes	Dentaires	Optiques	Biologie	Auxiliaires médicaux
moins de 5 ans	0,4	0,4	0,4	0,4	1,0	0,5	0,0	0,1	0,2	0,3
de 5 à 9 ans	0,4	0,3	0,4	0,2	0,6	0,3	0,3	0,5	0,2	0,7
de 10 à 19 ans	0,5	0,4	0,6	0,3	0,5	0,4	1,1	0,6	0,2	0,4
de 20 à 29 ans	0,6	0,5	0,6	0,4	0,5	0,7	0,7	0,6	0,9	0,3
de 30 à 39 ans	0,7	0,7	0,8	0,6	0,7	0,9	1,2	0,7	1,0	0,5
de 40 à 49 ans	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8	1,0	1,3	1,3	0,9	0,6
de 50 à 59 ans	1,2	1,3	1,1	1,4	0,9	1,4	1,3	2,0	1,2	0,9
de 60 à 69 ans	1,5	1,6	1,3	1,9	1,2	1,5	1,2	1,6	1,7	1,0
de 70 à 79 ans	2,2	2,2	2,2	2,6	1,6	1,9	1,2	1,5	2,1	2,3
80 ans et plus	3,2	2,7	3,7	2,8	2,3	1,6	0,9	1,1	2,0	7,0

Lecture : Les dépenses moyennes de soins des personnes âgées de 80 ans et plus sont 3,2 fois plus élevées que les dépenses moyennes de l'ensemble de l'échantillon.

Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Source : EPAS 2002 - Traitement : Drees

Les autres postes de dépenses de ville ont aussi tendance à augmenter avec l'âge, mais de manière moins prononcée :

- la croissance des dépenses d'omnipraticiens s'accélère au delà de 60 ans, alors que celle des dépenses de spécialistes ralentit. Celles-ci diminuent même après 80 ans, si bien que la part des dépenses de spécialistes tombe à 50 % des dépenses de médecins dans cette tranche d'âge, après avoir connu un maximum de 65 % entre 50 et 59 ans ;
- les dépenses en analyses biologiques, quant à elles, présentent un profil de croissance selon l'âge très similaire à celui des dépenses de spécialistes, les analyses biologiques étant le plus souvent prescrites par ces derniers ;
- enfin, les dépenses dentaires et optiques sont maximales aux alentours de 50 ans, puis diminuent avec l'âge.

1 - voir par exemple ZWEIFEL P. at al. « Ageing of the population and health care expenditure : a red herring ? Health economics, 8 :485-496, 1999.
2 - « Point de conjoncture n° 15. Coup de projecteur : le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé », juillet 2003, CNAMTS-DSE
3 - Dans l'EPAS, seules les dépenses individualisables sont connues. Ainsi, les consommations des personnes, souvent très âgées, qui sont en soins de longue durée dans des institutions médicalisées où les dépenses ne sont pas individualisables, sont incomplètes.
4 - DORMONT B., Hubert H. « Ageing and changes in medical practices : reassessing the influence of demography », document de travail, THEMA, Université de Paris X, septembre 2004.

5 - On note cependant des dépenses de médicaments un peu plus élevées pour les cadres et les artisans, mais ce résultat est difficilement interprétable, car dans le même temps, les personnes les mieux éduquées ont des dépenses plus faibles

T
•01

effet des caractéristiques socio-économiques sur la probabilité de consommer dans l'année
(équation 1 du modèle estimé)

En %

	Ambulatoire	Hospitalisation	Omnipraticien	Spécialiste	Pharmacie	Dentaire	Optique	Biologie	Auxiliaires médicaux
Référence	84	13	65	52	73	34	19	38	14
Revenu mensuel par uc									
moins de 550 €	82	15	64	51	72	28	15	non significatif	non significatif
de 550 à 690 €	81	15	61	46	70	30	17		
de 690 à 840 €	82	13	64	49	72	30	18		
de 840 à 990 €	83	13	66	50	74	33	18		
de 990 à 1300 €	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref		
plus de 1300 €	84	13	66	52	75	36	19		
Catégorie socio-professionnelle									
agriculteur	79	non disponible	61	41	67	33	16	non significatif	15
artisan	73	non disponible	52	46	56	28	15		12
cadre	83		60	53	69	35	17		16
profession intermédiaire	83	non significatif	66	52	72	33	18		15
employé	ref		ref	ref	ref	ref	ref		ref
ouvrier qualifié	84		65	49	72	31	17		14
ouvrier non qualifié	82		64	46	71	31	16		13
Chômage (pers. de réf)	n.s.	n.s.	n.s.	49	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Éducation									
jamais scolarisé	79	8	57	46	68	31	20	31	11
mat, primaire	83	12	64	51	72	32	19	37	13
collège, cap, bep	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
lycée, bac	85	14	67	58	75	37	23	39	14
études supérieures	81	10	58	55	69	34	22	35	12
Type de ménage									
famille monoparentale	n.s.	n.s.	n.s.	47	n.s.	n.s.	14	35	n.s.
En gras : significatif à 95 % de confiance									
<i>En italique : significatif avec 90 % de confiance</i>									
Lecture : pour la situation de référence (revenu compris entre 990 et 1300 euros), la probabilité de consommer des soins ambulatoires dans l'année est de 84 %. Quand le revenu est inférieur à 550 euros « toutes choses étant égales par ailleurs », cette probabilité est de 82 %									
Champ : individus affiliés à la CNAMTS, MSA et CANAM -									
Source : appariement EPAS-SPS 2000 et 2002 - traitement Drees									

5

T
•02

effet des caractéristiques socio-économiques sur la dépense de soins
(équation 2 du modèle estimé)

	Ambulatoire	Hospitalisation	Omnipraticien	Spécialiste	Pharmacie	Dentaire	Optique	Biologie	Auxiliaires médicaux
Élasticité-revenu*	-0,05	-0,03	-0,05	0,02	-0,06	0,00	0,03	0,01	-0,09
Catégorie socio-professionnelle (en %)**									
agriculteur	-4	non disponible		-18	-7		-26		
artisan	6	non disponible		-8	16		7		
cadre	11		12	8	non significatif	11	non significatif	non significatif	non significatif
profession intermédiaire	5	non significatif	non significatif	7	5	non significatif	-1	non significatif	non significatif
employé	ref		ref	ref	ref	ref	ref	ref	ref
ouvrier qualifié	-5		-8	0	-10				
ouvrier non qualifié	-2		-11	1	-3				
Chômage (en %)	non significatif								
Éducation									
jamais scolarisé	-13	42	-7	-23	-5		-17	-18	-52
mat, primaire	1	21	3	-11	8		2	-3	-23
collège, cap, bep	ref	ref	ref	ref	ref	non significatif	ref	ref	ref
lycée, bac	2	0	0	7	-8		-3	3	-9
études supérieures	3	7	-3	4	-6		-5	-1	-30
Type de ménage (en %)									
famille monoparentale	14	19	-11	-20	-20	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
En gras : significatif à 95 % de confiance									
<i>En italique : significatif avec 90 % de confiance</i>									
* Lecture 1 : « toutes choses égales par ailleurs », et à probabilité de consommation donnée, la dépense ambulatoire diminue de 0,05 % quand le revenu augmente de 1%									
** Lecture 2 : à probabilité de consommation donnée, et « toutes choses étant égales par ailleurs », les cadres engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 11 % à celles des employés (situation de référence)									
Champ : individus affiliés à la CNAMTS, MSA et CANAM									
Source : appariement EPAS-SPS 2000 et 2002 - traitement : Drees									

cadres que chez les ouvriers, qualifiés ou non. De même, au sein des dépenses ambulatoires, le plus grand écart de dépenses entre les cadres et les ouvriers concerne les dépenses de médecins spécialistes (+ 21 % par rapport aux ouvriers) et d'optique (+ 18 %). Les agriculteurs engagent eux aussi de faibles dépenses pour ces deux types de soins. Les dépenses plus élevées des cadres s'expliquent en partie par un effet prix, dû au paiement de dépassements d'honoraires quand ils consultent des spécialistes à honoraires libres ou lorsqu'ils achètent des lunettes de marque.

Quand la personne de référence est au chômage, les recours aux soins, ambulatoires ou hospitaliers, semblent globalement peu modifiés, à l'exception des soins de spécialistes : la probabilité d'y recourir dans l'année est alors plus faible que quand la personne de référence est un actif occupé.

Au delà même des effets du revenu et du diplôme, la catégorie socio-professionnelle semble donc jouer spécifiquement sur la consommation de soins : les consommations hospitalières sont caractéristiques des milieux ouvriers, alors que les consultations de médecins spécialistes, les soins optiques et la probabilité de recourir aux soins dentaires sont plus importantes chez les cadres. Les liens entre consommation de soins et revenu d'une part, niveau d'éducation d'autre part, vont d'ailleurs dans le même sens, même si c'est « toutes choses égales par ailleurs » avec une ampleur plus réduite, ce qui contribue à renforcer ces premières conclusions.

Un revenu plus élevé influe peu sur la dépense totale de soins

En ce qui concerne la probabilité de consommer des soins dans l'année, un léger effet positif du revenu apparaît pour les soins ambulatoires, les personnes issues de ménages disposant de moins de 840 € de revenu mensuel par unité de consommation ayant une plus faible probabilité de recourir à des soins ambulatoires. Au contraire, l'influence du revenu est négative sur la probabili-

té d'hospitalisation, qui est plus élevée en dessous de 690 €. Il est à cet égard possible que la meilleure prise en charge des dépenses hospitalières par l'assurance maladie obligatoire conduise à orienter les ménages les plus modestes vers l'hôpital, ce qui limite la dépense à leur charge.

Une fois tenu compte de ces probabilités de recours, l'élasticité-revenu des dépenses de santé apparaît significativement négative, mais très proche de zéro, estimée à - 0,05. Cela signifie que, toutes choses étant égales par ailleurs, un revenu plus élevé de 10 % s'accompagne d'une diminution des dépenses de santé de 0,5 %. Ainsi, il convient de relativiser l'importance de l'effet-revenu, qui apparaît négligeable au regard des effets de l'âge, de l'état de santé ou comme on va le voir, du bénéfice d'une assurance maladie complémentaire.

Toutefois, l'estimation de cette élasticité-revenu par poste de dépense fait apparaître deux types de soins distincts. D'une part, on retrouve des soins pour lesquels elle est significativement négative. Ces dépenses, qui sont relativement plus élevées lorsque le revenu est plus faible⁶ sont respectivement: les dépenses hospitalières, d'omnipraticiens, de pharmacie, et d'auxiliaires médicaux. D'autre part, figurent les dépenses pour lesquelles cette élasticité est légèrement positive, sans être significativement différente de zéro : les dépenses de spécialistes, de biologie, dentaires et optiques.

Un recours aux soins hospitaliers plutôt qu'aux soins de ville en l'absence d'éducation secondaire...

Les personnes issues de ménages dont la personne de référence a un niveau scolaire équivalent au mieux à l'école primaire ont des dépenses hospitalières toutes choses égales par ailleurs plus élevées que celles qui appartiennent à un ménage dont la personne de référence a un meilleur niveau d'éducation. A contrario, elles ont de plus faibles probabilités de consulter un spécialiste ou d'engager des dépenses dentaires ou optiques. Leurs dépenses

de spécialistes sont également significativement plus faibles.

Ainsi, l'opposition entre soins hospitaliers d'une part et soins de spécialistes, dentaires et optiques d'autre part se confirme, les influences spécifiques de la catégorie sociale, du revenu et de l'éducation jouant toutes les trois dans le même sens. C'est à cet égard la catégorie socioprofessionnelle du ménage qui semble avoir « toutes choses égales par ailleurs » le lien le plus fort avec la consommation de soins, le revenu jouant un rôle en tant que tel plus limité, alors que celui du niveau d'éducation est à préciser. C'est en effet l'absence d'éducation secondaire qui paraît discriminante dans l'accès aux soins plutôt que le niveau d'études atteint. Ainsi, il ne semble pas exister de différence significative entre la consommation de soins des personnes issues de ménages dont la personne de référence est diplômée du supérieur ou a juste atteint un niveau d'éducation secondaire, celles qui n'ont pas atteint le niveau secondaire ayant par contre bien une consommation davantage tournée vers l'hôpital. Ces résultats doivent cependant être considérés avec prudence, en raison de la méthode de modélisation qui ne tient pas compte des corrélations qui existent par ailleurs entre catégorie socioprofessionnelle, revenu, et niveau d'éducation.

...et en particulier en cas d'absence de scolarisation parfois liée à des origines étrangères

Pour les personnes dont la nationalité est connue⁷, près de la moitié de celles qui déclarent n'avoir jamais été scolarisées ne sont pas de nationalité française. Parmi celles qui sont de nationalité française, il est en outre possible qu'une partie soit née à l'étranger, la scolarité étant obligatoire en France jusqu'à l'âge de 16 ans. Ainsi, le mode de recours aux soins des personnes issues de ménages dont la personne de référence n'a jamais été scolarisée, tourné surtout vers l'hôpital et peu vers la médecine de ville, pourrait ne pas seulement caractériser l'effet d'absence totale d'éducation, mais aussi le mode

6 - L'estimation d'un effet croisé milieu social revenu confirme cette analyse. À milieu social donné, l'effet du revenu est bien significatif.

7 - L'information sur la nationalité n'étant connue que pour une seule personne par ménage, et cette personne n'étant pas a priori la personne de référence, aucune variable de nationalité n'a été introduite dans le modèle.

de recours aux soins des ménages modestes d'origine étrangère.

On remarque que, « toutes choses égales par ailleurs », et donc en particulier après avoir pris en compte le niveau d'éducation, il n'apparaît plus de différence significative de recours aux soins entre les ouvriers qualifiés et les ouvriers non qualifiés. En effet les dépenses hospitalières moyennes plus élevées de ces derniers s'expliquent, entre autres, par une proportion trois fois plus élevée que parmi les ouvriers qualifiés de ménages dont la personne de référence, peut-être souvent d'origine étrangère, n'a jamais été scolarisée.

Les familles monoparentales se tournent davantage vers l'hôpital que vers la médecine de ville

Enfin, les caractéristiques démographiques du ménage influencent aussi les consommations de soins. Les dépenses individuelles de soins ambulatoires ont globalement tendance à décroître avec la taille du ménage. Surtout, les familles monoparentales ont des structures de consommation qui diffèrent de celles des autres ménages. Toutes choses égales par ailleurs, elles ont ainsi des dépenses hospitalières supérieures de 19 % à celles des couples avec enfant. En revanche, leurs dépenses ambulatoires sont inférieures de 14 %, en particulier les dépenses de pharmacie (- 20 %), de spécialistes (- 20 %), mais aussi de médecins omnipraticiens (- 11 %). En outre, leur probabilité d'engager dans l'année des dépenses de spécialistes, de biologie ou des dépenses optiques sont également plus faibles.

Au final, le mode de recours aux soins est lié à de multiples facteurs

Les principaux facteurs expliquant les disparités des dépenses individuelles de soins sont en premier lieu l'état de santé, puis l'âge et le sexe. En effet, les dépenses de soins sont croissantes avec l'âge, avec une accélération des dépenses hospitalières au delà de 70 ans. En outre, les dépenses de soins de

ville sont plus élevées pour les femmes et les dépenses hospitalières pour les hommes. Mais d'autres aspects jouent aussi un rôle : en particulier, un milieu social ouvrier, des revenus modestes, l'absence d'éducation secondaire ou l'appartenance à une famille monoparentale se traduisent par un mode de recours aux soins davantage tourné vers l'hôpital que la médecine de ville. Ces plus faibles probabilités de consommation de soins ambulatoires peuvent à la fois révéler des comportements de prévention moins fréquents et une prise en charge plus tardive de la maladie, aboutissant à des dépenses hospitalières plus importantes.

Au delà de ces caractéristiques des ménages dont la personne est issue, le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire joue également un rôle majeur dans le recours aux soins. Remboursant en général le ticket modérateur et parfois une partie des dépassements d'honoraires et diminuant ainsi le paiement à la charge des individus, les assurances maladie complémentaires peuvent en effet les inciter à consommer plus de soins. Ceci ne recouvre pas nécessairement des surconsommations ou des gaspillages, les données disponibles ne permettant pas d'estimer un « niveau optimum » de consommations de soins. Ainsi, l'instauration de la Couverture Maladie Universelle a-t-elle permis à des bénéficiaires d'engager des soins dont ils avaient besoin, mais auxquels ils déclaraient avoir dû auparavant renoncer, ou retarder, pour des raisons financières⁸.

L'assurance maladie complémentaire influence surtout les soins ambulatoires

En 2002, environ 91 % des français étaient couverts par un contrat d'assurance maladie complémentaire, dont 7 % au titre de la CMU complémentaire⁹. Toutes choses égales par ailleurs, par rapport à une personne qui serait seulement couverte par l'assurance maladie obligatoire et qui devrait payer intégralement les tickets modérateurs et les éventuels dépassements d'honoraires, une personne couverte par une assurance complémentaire engage des

dépenses ambulatoires supérieures de 29 %. Si on ne tient pas compte des dépassements d'honoraires, l'effet de l'assurance maladie complémentaire sur les dépenses ambulatoires se limite à 20 % (tableau 3). En revanche, l'assurance maladie complémentaire n'influence pas les dépenses hospitalières, même si elle s'accompagne d'une probabilité d'engager des soins hospitaliers un peu plus forte qu'en l'absence d'assurance.

En effet, selon les comptes de la santé, en 2002, seules 4,1 % des dépenses hospitalières étaient remboursées par les assurances complémentaires, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans leur financement (91,5 %) ne laissant qu'un rôle réduit aux autres financeurs. Il est donc logique que le bénéfice d'une assurance complémentaire n'ait pas d'influence significative sur les dépenses hospitalières. En revanche, la part plus limitée de la Sécurité sociale dans le financement des soins de ville (62,8 %) laisse une place potentielle plus importante aux assurances complémentaires. Ainsi, en 2002, ces dernières finançaient 19,7 % des soins de ville. Les personnes qui engagent des soins de ville voient donc leur « reste à charge » diminuer significativement grâce aux remboursements des complémentaires, ce qui peut favoriser une consommation accrue. Par ailleurs, l'argument traditionnel selon lequel les soins hospitaliers sont moins souvent reportables que les soins de ville, contribue à expliquer que la consommation de soins de ville soit plus sensible à la présence d'une assurance complémentaire. En outre, il est possible que les personnes sans assurance complémentaire adoptent le même type de comportements que les ménages modestes, se tournant davantage vers l'hôpital en raison d'un reste à charge plus faible ou différé.

Au sein des dépenses de soins de ville, les dépenses pharmaceutiques, qui sont le poste de dépense le plus important, sont peu sensibles à la présence d'une assurance complémentaire. En effet, les prix des médicaments remboursables sont règlementés, et environ

8 - « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 ». BOISGUERIN B., Etudes et résultats n° 294, mars 2004, Drees.

9 - pour la France Métropolitaine.

41 % des dépenses de médicaments remboursables sont intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire¹⁰, essentiellement au titre des exonérations de ticket modérateur pour affection de longue durée.

En revanche, les personnes couvertes par une assurance complémentaire engagent des dépenses d'honoraires de médecins significativement plus élevées que les personnes qui en sont dépourvues, l'écart de dépense étant nettement plus marqué pour les dépenses de spécialistes (+ 40 %) que pour celles d'omnipraticiens (+ 19 %). Les tarifs de convention des médecins spécialistes sont en effet plus élevés que ceux des omnipraticiens, ce qui laisse un ticket modérateur plus important à la charge des personnes sans assurance complémentaire. Mais surtout, les médecins spécialistes pratiquent plus fréquemment des honoraires libres, induisant des restes à payer importants en plus du remboursement de la sécurité sociale, ce qui peut constituer un frein à

l'accès à ce type de soins pour les personnes sans assurance complémentaire, ainsi que pour celles dont l'assurance complémentaire ne rembourse pas les dépassements d'honoraires.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire engagent des dépenses de médicaments et d'omnipraticiens plus élevées que les autres assurés complémentaires

Les professionnels de santé n'ont pas le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires quand leurs patients bénéficient de la CMU complémentaire, à l'exception des lunettes et des prothèses dentaires pour lesquelles ils doivent respecter des tarifs opposables. L'incidence de la CMU complémentaire est donc ici estimée sans tenir compte des dépassements d'honoraires, pour pouvoir la comparer à celle d'une assurance complémentaire traditionnelle.

Toutes choses égales par ailleurs, le bénéfice de la CMU n'a pas d'influence sur les dépenses hospitalières, mais induit des dépenses ambulatoires supérieures de 38 % par rapport à celles des personnes sans assurance complémentaire, et de 18 % supérieures par rapport aux personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire traditionnelle. La CMU complémentaire induit donc « toutes choses égales par ailleurs », et notamment à état de santé donné, des dépenses ambulatoires supérieures aux assurances complémentaires traditionnelles, ce surplus de dépenses se concentrant essentiellement sur deux postes : les médicaments et les honoraires d'omnipraticiens. Quand on intègre les dépassements d'honoraires, l'impact de la CMU sur les dépenses ambulatoires est estimé à + 41 % par rapport à l'absence totale d'assurance complémentaire, et à 12 % par rapport au bénéfice d'une assurance complémentaire traditionnelle¹¹.

Une estimation précédente¹², à partir de l'appariement EPAS-SPS de l'année 2000, avait évalué l'écart de dépenses ambulatoires, hors dépassements d'honoraires, entre bénéficiaires de la CMU et d'une assurance complémentaire traditionnelle à environ 14 %, mais cet écart n'était pas significativement différent de zéro. C'était déjà les dépenses de médicaments et les honoraires d'omnipraticiens qui l'expliquaient. Cette nouvelle estimation, à partir des appariements EPAS-SPS 2000 et 2002, aboutit donc à une conclusion un peu différente, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent significativement plus élevées que celles des autres assurés. En effet, le doublement de la taille de l'échantillon améliore la précision de l'estimation. En outre, cet écart de dépense semblerait plus important pour l'année 2002 que pour l'année 2000, mais la différence entre les deux années n'apparaît pas statistiquement significative.

effet de la couverture complémentaire et de la cmuc sur la consommation de soins

En %

Type de dépense	Probabilité de consommation* (situation de référence)			Effet de l'assurance sur la dépense**		
	sans assurance complémentaire	avec assurance complémentaire hors cmuc	avec la cmuc	assurance complémentaire hors cmuc		cmuc hors dépassements d'honoraires
				y compris dépassements d'honoraires	hors dépassements d'honoraires	
Hospitalière	13	15	18	n.s.		n.s.
Ambulatoire	84	92	96	29	20	38
omnipraticien	65	78	87	19	16	38
spécialiste	52	69	76	40	37	32
pharmacie	73	85	90	n.s.		21
auxiliaires médicaux	14	20	22	60	60	73
biologie	38	49	50	n.s.		n.s.
dentaire	34	47	55	18	12	19
optique	19	34	37	19	n.s.	28

En gras : l'effet cmuc est différent de l'effet assurance complémentaire avec 95 % de confiance

* Lecture 1 : pour la situation de référence, et « toutes choses étant égales par ailleurs », la probabilité d'engager des soins ambulatoires est de 84 % en l'absence d'assurance complémentaire, de 92 % avec une assurance complémentaire, et de 96 % avec la cmu

** Lecture 2 : à probabilité de consommation donnée, et « toutes choses étant égales par ailleurs », les personnes couvertes par une assurance complémentaire engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes sans assurance (situation de référence)

Champ : individus affiliés à la CNAMTS, MSA et CANAM
Source : appariement EPAS-SPS 2000 et 2002 - traitement : Drees

10 - CNAMTS , Point de conjoncture août 2004
11 - Cette différence reste statistiquement significative au seuil de 95 % de confiance.
12 - « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins » D. RAYNAUD- Etudes et résultats n°229- mars 2003- Drees

Les personnes couvertes par une assurance maladie complémentaire renoncent moins aux soins pour des raisons financières

Les dépenses supplémentaires induites par la moindre participation financière à leur propre consommation de soins des personnes couvertes par une assurance complémentaire ou par la CMU ne peuvent s'interpréter uniquement en termes de surconsommation de soins. En

effet, l'existence des assurances complémentaires permet également d'encourager la prévention et de diminuer le renoncement aux soins pour des raisons financières.

Le bénéfice d'une assurance complémentaire augmente en effet significativement la probabilité d'engager des soins au moins une fois dans l'année et ce quel que soit le type de soins. Or, la consultation au moins une fois dans l'année un généraliste, un dentiste ou d'un ophtalmologiste est recommandée

dans la perspective d'une meilleure prévention des maladies.

Par ailleurs, en 2002, 23 % des personnes sans assurance complémentaire déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois, cette proportion n'étant que de 16 % pour les bénéficiaires de la CMU, malgré leurs revenus modestes, et de 10 % pour les personnes bénéficiaires d'une assurance complémentaire traditionnelle (tableau 4). Ces renoncements aux soins concernent majoritairement les soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire, à savoir les soins dentaires et optiques. Le remboursement de ce type de soins est ainsi devenu un des éléments majeurs de l'offre de contrats des organismes d'assurance complémentaire. La prise en compte des caractéristiques individuelles permet de confirmer ces résultats, qui sont même amplifiés pour la CMU, dont le bénéfice, au terme de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs », permet de diviser par trois le risque de renoncement aux soins. Cela confirme et renforce les résultats issus de l'enquête menée par la Drees auprès des ménages bénéficiaires de la CMU en mars 2003, qui indiquait que 71 % des ménages nouvellement bénéficiaires qui avaient dû renoncer à des soins pour des raisons financières ont pu les engager.

Le revenu du ménage joue logiquement un rôle prépondérant dans le renoncement aux soins

Au delà du bénéfice ou non d'une assurance maladie complémentaire, d'autres caractéristiques influent sur le risque de renoncer à des soins pour des raisons financières. En premier lieu, de manière évidente, le revenu du ménage joue un rôle majeur sur ces comportements de renoncement. Ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, par rapport à un ménage dont le revenu mensuel par unité de consommation se situerait entre 990 € et 1 300 €, le risque de renoncement aux soins est 1,4 fois plus élevé pour les ménages dont le revenu est inférieur à 550 € et encore 1,3 fois plus élevé entre 550 € et 840 €, alors qu'il est plus faible (0,7) au delà de 1 300 €.

E•4

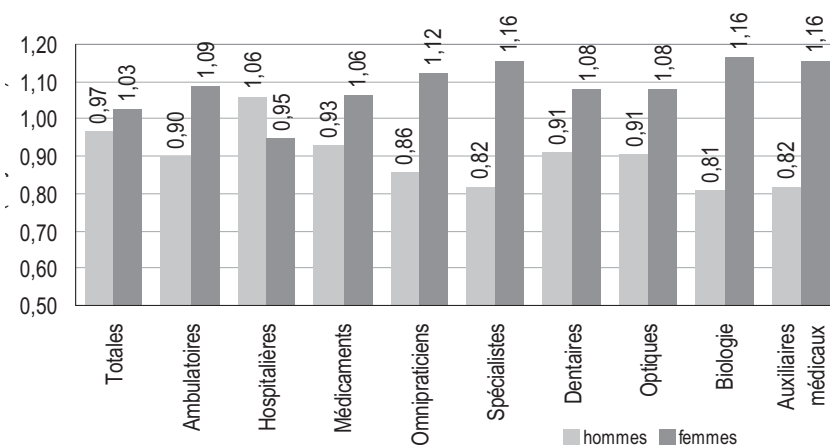
Les dépenses de soins de ville sont plus élevées pour les femmes et les dépenses hospitalières pour les hommes

L'étude permet également de revenir sur les différences de dépenses de soins en fonction du sexe. Celles-ci sont étudiées à structure d'âge comparables pour tenir compte de la sur-représentation des femmes au delà de 70 ans, conséquence de leur espérance de vie plus élevée (82,9 ans contre 75,6 ans en 2002). Or, à structures d'âge identiques, les dépenses totales de soins apparaissent globalement peu différentes selon le sexe, à peine plus faibles chez les femmes (- 4 %). Toutefois, la structure des dépenses est différente pour les hommes et les femmes : alors que les femmes engagent des dépenses de ville plus élevées que celles des hommes (+ 10 %), leurs dépenses hospitalières sont nettement plus faibles (- 22 %).

Au sein des soins de ville, les dépenses des femmes apparaissent particulièrement élevées en ce qui concerne les honoraires de médecins spécialistes (+ 28 %), les analyses biologiques (+ 27 %) et les honoraires d'omnipraticiens (+ 21 %). Dans une moindre mesure, les dépenses dentaires, optiques et en soins d'auxiliaires médicaux sont aussi plus élevées pour les femmes (+ 14 %). En revanche, les dépenses de médicaments, premier poste de soins de ville avec un peu plus d'un tiers de la dépense, ne semblent pas liées au sexe.

Les écarts de dépenses de soins entre les hommes et les femmes sont toutefois variables en fonction de l'âge. Ainsi, c'est particulièrement entre 20 et 59 ans que les dépenses de ville des femmes sont supérieures à celles des hommes, notamment en ce qui concerne les analyses biologiques et les honoraires de médecins, en particulier spécialistes. Une partie de cet écart s'explique naturellement par les dépenses de gynécologie-obstétrique. En revanche, c'est entre 50 et 79 ans que les dépenses hospitalières des hommes dépassent nettement celles des femmes. Cela est en particulier lié au coût hospitalier de la fin de vie, l'espérance de vie des hommes étant inférieure de plus de 7 ans à celle des femmes.

Indices de dépenses de soins par sexe



Champ : individus affiliés à la CNAMTS
Source : EPAS 2002 - Traitement : Drees

Le risque de renoncement aux soins est presque doublé dans les familles monoparentales

24 % des personnes issues d'une famille monoparentale déclarent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois, alors que cette proportion est seulement de 11 % dans les couples avec enfant(s). Les revenus plus modestes de ces familles mono-

parentales n'expliquent que partiellement cet écart, dans la mesure où, toutes choses égales par ailleurs, leur risque de renoncement aux soins est multiplié par 1,8 par rapport aux couples avec enfant(s). Cela souligne les difficultés particulières d'accès aux soins que semblent rencontrer les familles monoparentales, qui présentent à la fois des dépenses ambulatoires plus faibles et un renoncement aux soins plus important.

Le chômage pourrait s'accompagner d'un renoncement ou d'un report de soins

Le fait d'appartenir à un ménage dont la personne de référence est au chômage aggrave par ailleurs le risque de renoncer à des soins pour des raisons financières. Toutes choses égales par ailleurs, le chômage multiplie par 1,6 le risque de renoncement, par rapport aux ménages dont la personne de référence est un actif occupé. Un plus faible recours aux soins de spécialistes ne semble pas pouvoir expliquer ce renoncement aux soins, non plus que des dépenses dentaires et optiques plus faibles que celles des actifs occupés, sans être significativement différentes. Il se pourrait à cet égard que le chômage conduise à reporter certains soins jusqu'à ce que leur réalisation devienne indispensable ou qu'à recours aux soins équivalents, la situation de chômage conduise à ressentir et à déclarer plus souvent des renoncements aux soins pour raisons financières ?

Des différences de perception des besoins de soins dentaires ou optiques en fonction de la catégorie sociale et du niveau d'éducation

Le renoncement aux soins est par essence lié à la perception d'un besoin de soins qui peut elle même varier selon le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle. Ce sont ainsi les agriculteurs qui disent le moins renoncer à des soins pour des raisons financières, en proportion de seulement 4 %, contre 8 % pour les cadres qui renoncent pourtant moins souvent à des soins que les autres catégories sociales. Ces résultats sont confirmés par l'analyse toutes choses égales par ailleurs. Il est probable qu'ils soient en partie liés au fait que les agriculteurs ressentent moins le besoin de soins dentaires ou optiques, qui représentent les trois-quarts des renoncements. Cette analyse est confortée par l'estimation de l'effet du niveau d'éducation sur le renoncement

T 04 le renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières en 2002

Renoncement aux soins en 2002	Probabilité de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières (individus âgés de 16 ans et plus) en %	Odds Ratio (Régression logistique)
Assurance complémentaire		
sans assurance complémentaire	22,9	1,0
avec assurance complémentaire	9,7	0,4
avec la cmuc	16,1	0,3
exonérés du ticket modérateur	11,6	0,5
Revenu mensuel par uc		
moins de 550 €	16,5	1,4
de 550 à 690 €	14,5	1,3
de 690 à 840 €	15,6	1,3
de 840 à 990 €	12,3	1,1
de 990 à 1300 €	12,2	1,0
plus de 1300 €	7,6	0,7
catégorie socio-professionnelle de la personne de référence		
agriculteur	4,1	0,5
artisan	7,9	0,7
cadre	8,3	0,7
profession intermédiaire	11,0	1,0
employé	14,8	1,0
ouvrier qualifié	11,5	1,0
ouvrier non qualifié	15,1	1,1
Statut d'emploi de la personne de référence		
actif occupé	12,1	1,0
chômeur	24,8	1,6
retraité	6,4	0,5
inactif	15,2	0,9
type de ménage		
personne seule	12,2	1,4
couple sans enfant	8,2	1,2
couple avec enfant	11,0	1,0
famille monoparentale	23,7	1,8
autres	10,0	0,6
Ensemble	11,2	
En gras : significativement différent de 1 avec 95 % de confiance		
Lecture : « toutes choses égales par ailleurs », les individus issus de familles monoparentales ont un risque 1,8 fois plus élevé de renoncement aux soins que ceux issus de couples avec enfant		
Champ : individus affiliés à la CNAMTS, MSA et CANAM		
Source : SPS 2002 - traitement : Drees		

aux soins. En effet, ce sont les personnes issues de ménages dont la personne de référence n'a jamais été scolarisée, sans doute en majorité d'origine étrangère, ou dispose d'un niveau d'études limité à l'école primaire, qui déclarent, toutes choses égales par ailleurs, et donc à revenu donné, renoncer le moins souvent à des soins pour des raisons financières. Au contraire, la propension à déclarer un renoncement aux soins augmenterait légèrement, toujours à revenu donné, avec le niveau d'éducation. Il est de plus possible que le besoin de certains soins, par ailleurs sans influence sur les indicateurs généraux d'état de santé, ne soit lui-même lié à la profession exercée ou au niveau d'éducation¹³. Par exemple, travailler plusieurs heures par jour devant un écran d'ordinateur peut être à l'origine de troubles optiques. ●

E•5

Le risque vital et l'invalidité dans l'enquête SPS

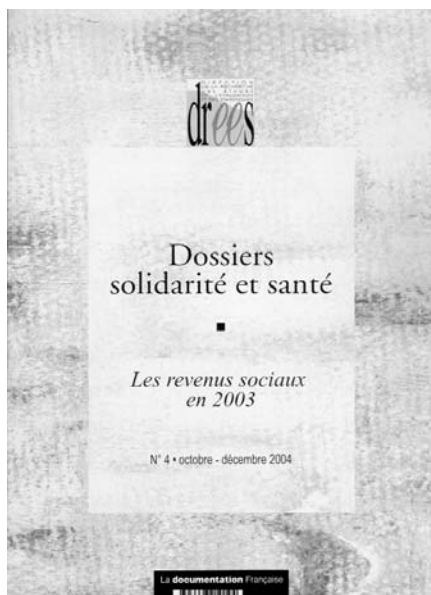
Les indicateurs du risque vital et de l'invalidité sont des notes synthétiques attribuées par les médecins de l'Irdes au vu des pathologies, handicaps, traitements et risques (tabac, alcool, obésité) déclarés par l'enquêté. Le risque vital est un indicateur de la probabilité de décès à horizon de cinq ans, prenant six modalités allant de « aucun indice de risque vital » à « pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de décès dans les cinq ans) ». L'invalidité est un indicateur de niveau de gêne lié à l'état de santé, prenant 8 modalités allant de « pas de gêne » à « alitement permanent ». En affectant à chacune de ces modalités des pondérations se basant essentiellement sur les taux de pension octroyées par l'assurance invalidité du régime général de la Sécurité sociale, l'Irdes a pu calculer pour divers sous groupes de l'enquête SPS, selon par exemple la catégorie sociale des ménages auquel les personnes appartiennent, des indices de risque vital et d'invalidité à structures d'âge et de sexe comparables, normés à 1 pour l'ensemble de l'échantillon¹.

1 - Auvray L., Doussin A., Le Fur P. « Santé, soins et protection sociale en 2002 », Irdes, 2003

13 - Une partie des besoins de soins dentaires et optiques est néanmoins contrôlée, d'une part à travers une variable d'état dentaire en quatre modalités, et d'autre part à travers le port ou non de lunettes ou de lentilles.

Pour en savoir plus

- « *Les inégalités sociales de santé* », Paris : La Découverte, Inserm 2000
- « *La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire : un bilan de la troisième année du dispositif* » Cnamts , Point de conjoncture n° 29-30, octobre 2004
- « *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquêtes SPS 2000 et 2002* » Irdes, Questions d'économie de la santé n°80 – février 2004



DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ
N° 4 OCTOBRE - DÉCEMBRE 2004

LES REVENUS SOCIAUX EN 2003

au sommaire de ce numéro

Prix au numéro : 11,20 euros
(4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés
par la Documentation Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 72 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

• **Études diverses**

N° 3, juillet-septembre 2004

• **Les indicateurs sociaux
dans l'Union européenne :
avancement et perspectives**
N° 2, avril-juin 2004

• **Outils et méthodes statistiques
pour les politiques de santé
et de protection sociale**
N° 1, janvier-mars 2004

• **Les revenus sociaux en 2002**
N° 4, octobre-décembre 2003

Dossier

LES PRESTATIONS SOCIALES EN 2003

Julien BECHTEL

LES ALLOCATIONS CHÔMAGE EN 2003

Mathilde CLÉMENT et Olivier MONNERAYE

LES PRESTATIONS FAMILIALES ET DE LOGEMENT EN 2003

Nathalie BLANPAIN

LES ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX EN 2003

Bureau « Lutte contre l'exclusion », en collaboration avec Katia JULIENNE

LES RETRAITES EN 2003

Alexandre DELOFFRE

Hors dossier

L'ÉVALUATION DES RÉFORMES RÉCENTES DES BARÈMES FISCAUX ET SOCIAUX

*Valérie ALBOUY, François BOUTON, Sylvie Le MINEZ, Muriel PUCCI
avec la collaboration de Pierre COURTIOUX et de Aude LAPINTE*

L'AAH, UN MINIMUM SOCIAL DESTINÉ AUX ADULTES HANDICAPÉS

Jean-Marie CHANUT, avec la collaboration d'Anne PLA