

Les dépenses individuelles de soins sont globalement croissantes avec l'âge, et cette croissance s'accélère à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières et à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires, notamment les dépenses de médicaments. Par ailleurs, entre 20 ans et 59 ans, les dépenses ambulatoires des femmes sont supérieures à celles des hommes, l'écart de dépense étant maximum entre 20 ans et 29 ans. Un lien étroit existe entre consommation de soins et catégories socioprofessionnelles. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses de médecins spécialistes, d'analyses biologiques, de soins optiques et les recours aux soins dentaires sont plus importants chez les cadres, alors que les personnes issues de ménages ouvriers ont les plus fortes consommations hospitalières et globalement des dépenses de santé plus élevées. Le recours aux soins est moins fréquent pour les chômeurs, mais leurs dépenses ambulatoires apparaissent au bout du compte plus fortes. On relève également une influence significative du diplôme et du revenu sur le recours ou sur les dépenses de médecins spécialistes et de soins dentaires, tandis que le fait de bénéficier d'une assurance complémentaire joue à la fois sur le recours aux soins et sur les dépenses ambulatoires. Enfin, les familles nombreuses ont des consommations de soins ambulatoires et de médicaments plus faibles.

Denis RAYNAUD

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

Les déterminants individuels des dépenses de santé

L'ensemble des travaux effectués, en France et à l'étranger, sur les disparités individuelles des dépenses de santé montrent que la consommation de soins des individus est, outre par leur âge et leur sexe, influencée par des variables économiques (bénéfice d'une couverture complémentaire, revenu, position sur le marché du travail) et socioculturelles (milieu social, niveau de diplôme).

La présente étude a pour objet de confirmer et de préciser ces analyses pour les années 90, à partir d'un appariement de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS et de l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du CREDES (encadré 1). Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses remboursables par l'assurance maladie, en distinguant les dépenses liées à l'hospitalisation et les différentes catégories de dépenses ambulatoires (pharmaceutiques, médecins généralistes et spécialistes, dentaires, optiques, analyses biologiques et auxiliaires médicaux). Elles donnent lieu à une analyse descriptive, ainsi qu'à une modélisation, toutes choses égales par ailleurs, qui porte à la fois sur la probabilité de recourir aux soins et au niveau de dépenses (encadré 2).

Des dépenses de soins, et surtout de médicaments, croissantes avec l'âge

L'analyse descriptive montre que les dépenses de santé sont globalement croissantes avec l'âge, à l'exception de la petite enfance, avec une accélération



à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières (graphique 1). Au sein des dépenses ambulatoires, ce sont les dépenses pharmaceutiques et en auxiliaires médicaux qui croissent le plus fortement avec l'âge. Ainsi, les personnes de plus de 70 ans ont globalement des dépenses de médicaments 11 fois plus élevées que celles âgées de 10 ans à 19 ans (graphique 2). Ce rapport est seulement de 1 à 4 pour les dépenses de médecins généralistes et de 1 à 3 pour les dépenses de médecins spécialistes (graphique 3). Contrairement aux autres types de soins, les dépenses dentaires et optiques sont, quant à elles, maximales entre 50 ans et 59 ans, puis elles décroissent avec l'âge à partir de 60 ans (graphique 4).

Un poids élevé des dépenses hospitalières entre 10 et 20 ans et après 60 ans

La part des dépenses hospitalières dans les dépenses totales de soins est maximale entre 10 et 19 ans (64 % de la dépense totale), les dépenses hospitalières des hommes dans cette tranche d'âge étant en outre près de deux fois plus élevées que celles des femmes. Cela s'explique en partie par l'importance de ces tranches d'âge pour des accidents de la vie courante, des accidents de sport, des accidents de la route ou des tentatives de suicide qui nécessitent souvent des séjours hospitaliers. Les accidents de la route sont par exemple la première cause de mortalité des 15-24 ans en France. Ces décès prématurés sont d'ailleurs trois fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes¹. Après un maximum entre 10 et 19 ans, la part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé décroît jusqu'à 60 ans, et ne représente plus que 34 % de la dépense totale entre 50 ans et 59 ans. À partir de 60 ans, cette proportion remonte, tout en restant inférieure à 50 %. Cependant, les dépenses hospitalières prises en compte dans cette étude sont sans doute sous-évaluées au delà de 70 ans en raison de l'absence, dans l'enquête SPS, des personnes âgées vivant en institution.

1. Source : Statistiques des causes médicales de décès. INSERM.

E•1

Les données

Les données proviennent de l'appariement de deux sources différentes, l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) fourni par la CNAMTS, et l'enquête Santé et protection sociale (SPS) du CREDES.

L'EPAS, créé en 1970, est un échantillon représentatif (au 1/1 200^{ème} jusqu'en 1998, puis au 1/600^{ème} depuis 1999) des assurés au Régime général et de leurs ayants droit. Il contient deux types de données : d'une part, des données se rapportant aux personnes protégées par l'Assurance maladie pendant une période donnée, à savoir âge, sexe, exonération éventuelle du ticket modérateur, et d'autre part, des données relatives à l'ensemble des remboursements d'assurance maladie versées aux personnes présentes dans l'EPAS. Toutefois, certaines consommations de santé échappent à l'EPAS, c'est le cas des consommations non prescrites ou non remboursables ainsi que des consommations remboursables mais non présentées au remboursement¹. La CANAM, qui assure les artisans et les commerçants, a créé son propre échantillon des assurés sociaux en 1994 et la MSA (Mutualité sociale agricole) en 1996.

L'enquête SPS est une enquête auprès des ménages présents dans les trois échantillons permanents d'assurés sociaux de la CNAMTS (depuis 1988), de la CANAM (depuis 1994) et de la MSA (depuis 1996). Jusqu'en 1993, l'enquête a donc été représentative uniquement des ménages possédant au moins un assuré au régime général. Depuis 1996, avec l'élaboration de l'échantillon de la MSA, l'enquête est représentative d'environ 95 % des ménages français. Jusqu'en 1998, le CREDES a enquêté annuellement un quart des ménages présents dans ces échantillons, soit environ 9 000 ménages. Depuis 2000, l'enquête est biennale avec un échantillon doublé. Les informations recueillies sont de trois ordres : des informations sociodémographiques, des informations sur la protection sociale, des données de morbidité. Le fichier des données issues de l'enquête est apparié par le CREDES aux informations de l'EPAS disponibles sur les ménages échantillonnés.

Les données utilisées dans ce travail viennent ainsi de l'appariement de l'EPAS et de l'enquête SPS pour trois années différentes : 1992, 1995 et 1997. Les données de 1992 sont donc limitées aux adhérents au Régime général, mais pour 1995, elles comportent aussi des données afférentes aux assurés de la CANAM, et pour 1997 les données proviennent des trois échantillons permanents de la CNAMTS, CANAM, et MSA. Dans un souci d'homogénéité des données, seules les informations provenant de la CNAMTS ont été retenues pour les statistiques incluant les trois années.

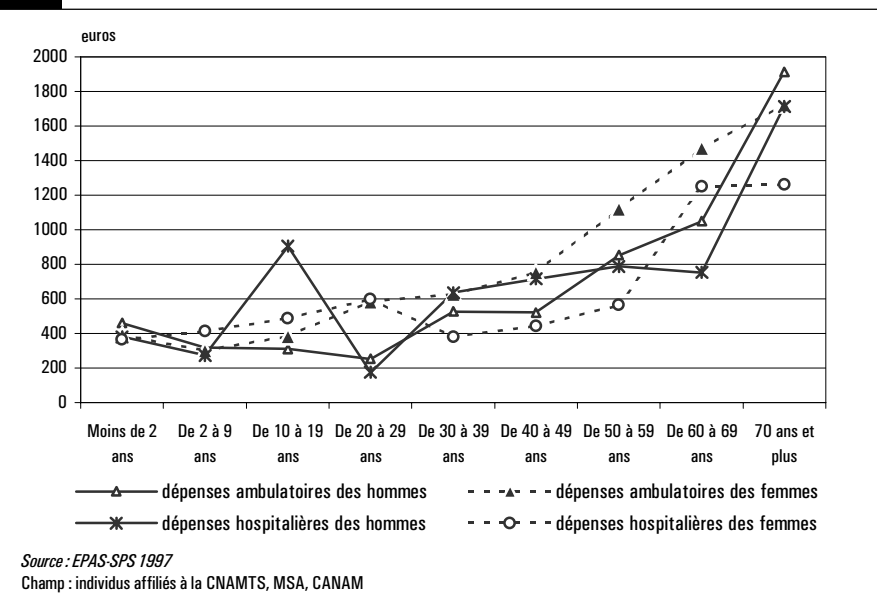
Les données contiennent malgré tout des informations sur les individus affiliés au régime général mais appartenant à des ménages dont la personne de référence est agriculteur ou artisan. Mais ces ménages ne sont pas représentatifs des ménages d'agriculteurs ou d'artisans. En effet, une proportion importante des individus de ces ménages est affiliée à la MSA ou à la CANAM et sont exclus de l'échantillon étudié.

Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses remboursables par l'assurance maladie, en distinguant les dépenses liées à l'hospitalisation et les différentes catégories de dépenses ambulatoires (pharmaceutiques, médecins généralistes et spécialistes, dentaires, optiques, analyses biologiques et auxiliaires médicaux).

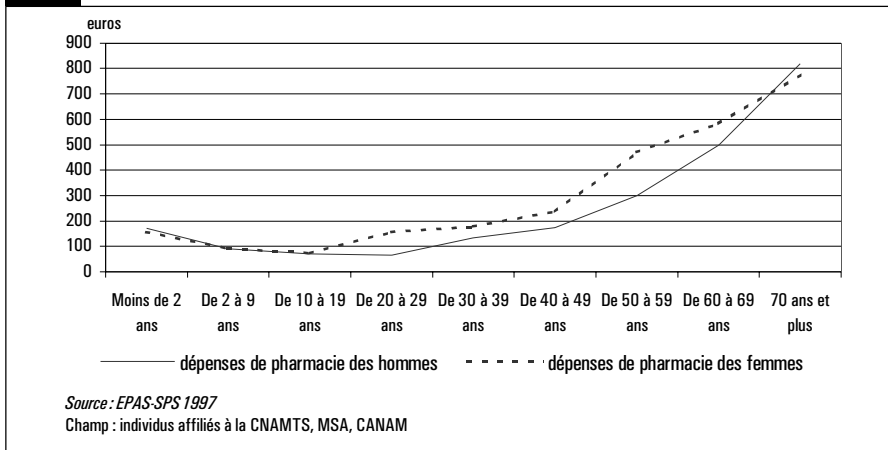
1. La part des médicaments remboursables prescrits mais non présentés au remboursement est évaluée à 2,5 % (Etudes et résultats n°105, La part des médicaments non prescrits, A. Briand et S. Chambaretaud).

2

G•01 dépenses de soins par sexe et âge



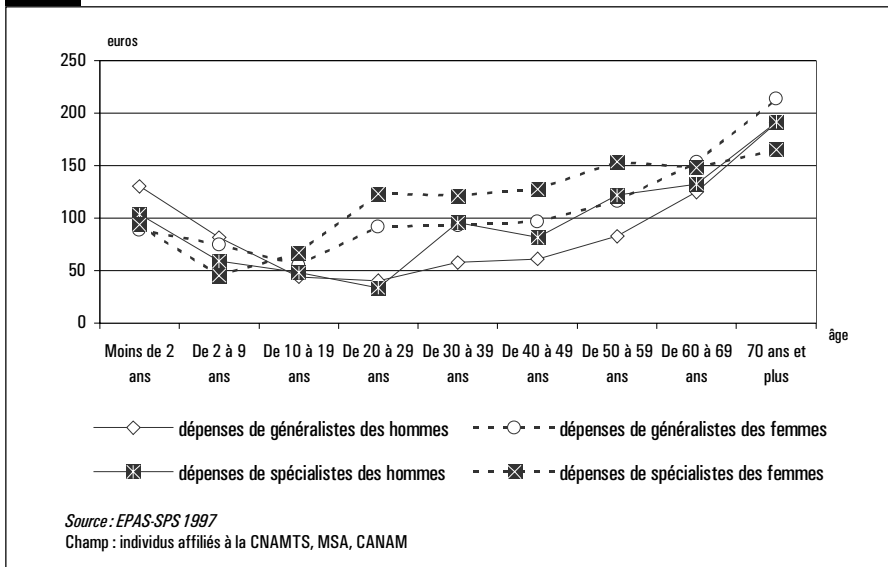
G.02 dépenses de pharmacie par sexe et âge



Les dépenses ambulatoires des femmes sont supérieures à celles des hommes entre 20 ans et 60 ans

Contrairement aux dépenses hospitalières qui ne sont pas significativement différentes selon le sexe, les dépenses ambulatoires des femmes, qui s'élevaient en moyenne à 811 euros en 1997, sont supérieures à celles engagées par les hommes, ces dernières s'établissant à seulement 620 euros. L'écart entre les dépenses ambulatoires des hommes et des femmes est significatif entre 20 ans et 60 ans, mais n'existe pas avant l'âge de 20 ans et disparaît au delà de 60 ans. Les soins ambulatoires qui donnent lieu à l'écart de dépense le plus manifeste entre sexes sont les dépenses de médecins, qu'ils soient généralistes (107 euros de dépense annuelle pour les femmes contre 78 pour les hommes) ou spécialistes (116 euros pour les femmes et 88 pour les hommes), ainsi que les dépenses pharmaceutiques (291 euros contre 222) et les analyses biologiques (43 euros contre 30). C'est chez les jeunes adultes que l'écart de dépenses ambulatoires est le plus important entre les hommes et les femmes. Entre 20 ans et 29 ans, ces dernières dépensent ainsi en soins ambulatoires deux fois plus que les hommes (cf. graphiques 1 à 3). Une partie de cet écart s'explique naturellement par les dépenses liées à la gynéco-obstétrique.

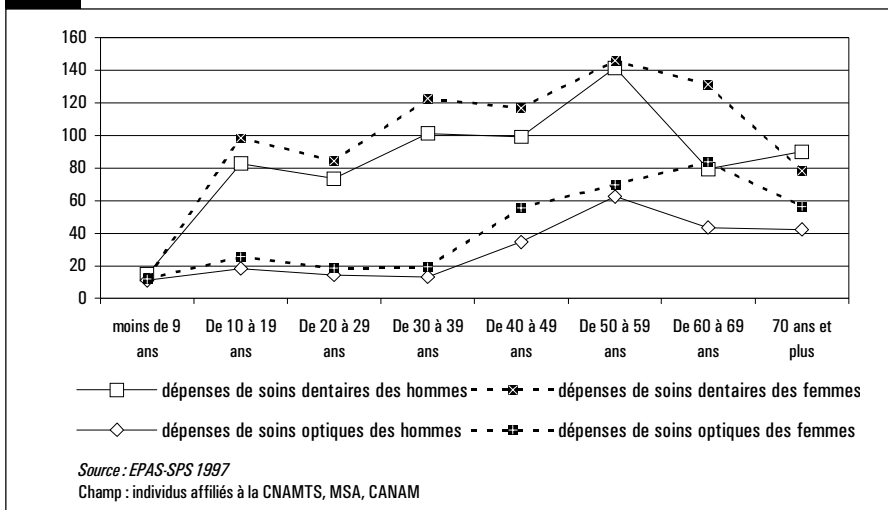
G.03 dépenses de médecins généralistes et spécialistes par sexe et âge



Le lien entre consommation de soins et catégorie socioprofessionnelle

Un lien étroit existe par ailleurs entre la consommation de soins et la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence du ménage. À structures d'âge et de sexe identiques, les indices de dépenses totales de santé sont décroissants des ouvriers non qualifiés aux cadres. Ce sont les ouvriers non qualifiés qui dépensent le plus (+15 % par rapport à la moyenne), suivis des ouvriers qualifiés (+8 %), des employés (avec des dépenses totales égales à la moyenne), des professions intermédiaires (-4 %) et des cadres et professions intellectuelles supérieures (-13 %).

G.04 dépenses de soins dentaires et optiques par sexe et âge



De plus fortes dépenses hospitalières pour les ménages ouvriers ...

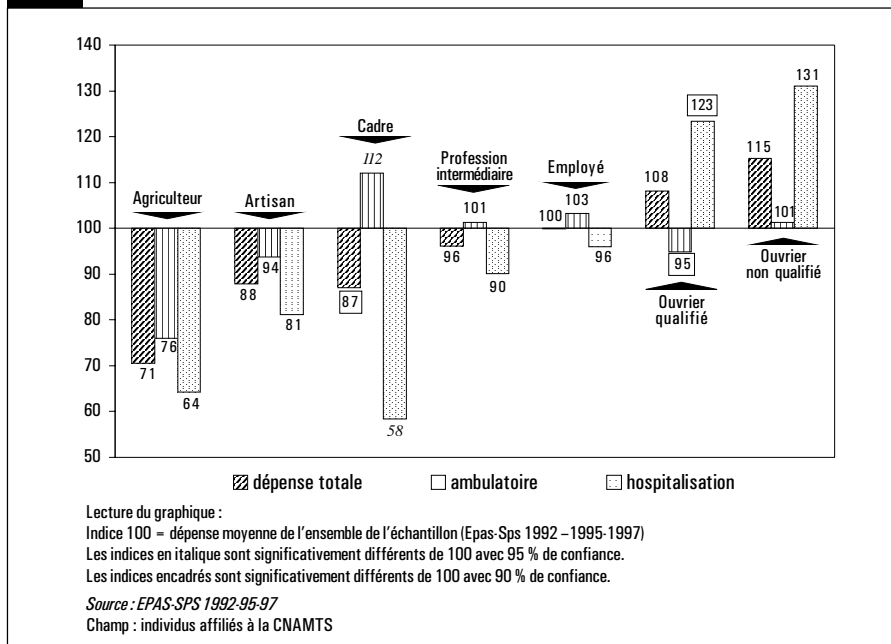
Les dépenses totales de santé plus élevées des ouvriers sont toutefois exclusivement dues à leurs dépenses hospitalières. À âges et sexes identiques, ces dernières décroissent en effet nettement quand le milieu social s'élève (graphique 5). Les ouvriers non qualifiés ont ainsi une dépense en hospitalisation supérieure à la moyenne de 31 % alors que les cadres dépensent 42 % de moins. Ainsi, la part de l'hospitalisation dans les dépenses totales de soins n'est que de 33 % pour les cadres, alors qu'elle est de respectivement 44 % et 46 % pour les professions intermédiaires et les employés, et qu'elle atteint 53 % chez les ouvriers (graphique 6). Les situations ou les comportements à risque sont en effet plus fréquemment observés chez les catégories les plus modestes. Elles induisent également, 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 VADS², suicides, accidents...), au tabagisme (cancers du poumon, cancers VADS, pathologie respiratoire, infarctus du myocarde) et à des différences de mode de vie concernant la nutrition (diabète, cancer du colon), ou la sédentarité (infarctus du myocarde)³. La disparité des risques professionnels ou de l'environnement peut également induire des pathologies spécifiques, des accidents plus nombreux ou une détérioration générale de l'état de santé pour ces catégories socioprofessionnelles⁴. Ainsi, selon l'indicateur de risque vital du CREDES (encadré 4), et toujours à structures d'âge et de sexe identiques, 23 % des ouvriers et des employés auraient un risque possible ou un pronostic probablement ou sûrement mauvais sur le plan vital, alors que cette proportion serait de 18 % chez les cadres.

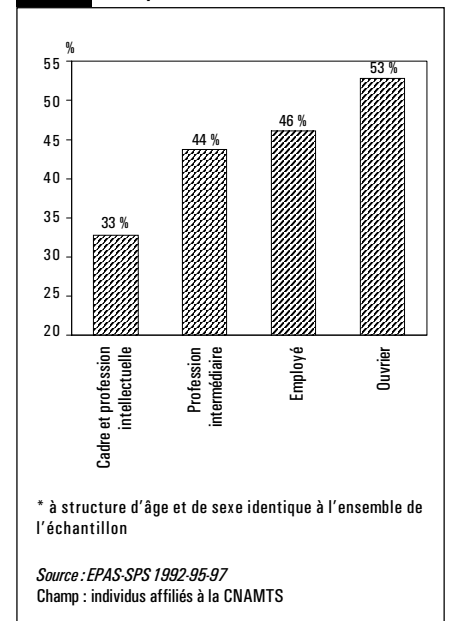
... confirmées par une analyse, toutes choses égales par ailleurs

L'analyse toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à indicateur d'état de santé donné, confirme que les dépenses hospitalières sont fortement liées à la catégorie socioprofessionnelle. Cette analyse est effectuée à partir d'un modèle à deux équations de type Tobit généralisé (encadré 2), les probabilités de recours et les dépenses de soins sont estimées par la méthode de Heckman⁵. Alors que les dépenses hospitalières des cadres sont inférieures de 34 % à celles des employés, celles des ouvriers (qu'ils soient qualifiés ou non) leur sont supérieures de 24 % (tableau 1). En revanche, la probabilité de recourir à l'hospitalisation au moins une fois dans l'année, calculée pour une situation de référence⁶, ne semble pas liée au milieu social.

G.05 indice de dépense de santé, à structures d'âge et de sexe identiques, selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence



G.06 part de l'hospitalisation dans la dépense totale selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence*



2. Voies aéro-digestives supérieures.
3. Jouglà E., Rican S., Pequignot F., Le Toulec A. « Disparités sociales de mortalité en France ».
4. Les statistiques nationales sur les accidents du travail sont publiées par branche d'activité plutôt qu'en fonction des caractéristiques sociales de la victime. On ne dispose donc pas de données sur le risque d'avoir un accident du travail selon la catégorie sociale.
5. Heckman J., " Sample selection bias as a specification error ", *Econometrica*, 47, 153-161, 1979
6. Homme âgé de 40 à 64 ans, en bonne santé (risque vital nul à faible), appartenant à un ménage de deux personnes, d'un niveau d'éducation équivalent au collègue, occupant un emploi d'employé, disposant d'un revenu par unité de consommation (échelle d'Oxford) compris entre 762 et 915 euros mensuels et bénéficiant d'une couverture complémentaire.

Un plus faible recours aux soins ambulatoires dans les ménages ouvriers

Toujours toutes choses égales par ailleurs, le recours aux soins ambulatoires est à contrario plus faible dans les ménages ouvriers (tableau 2). Ceci est vrai pour les consommations de médecins généralistes et spécialistes, de pharmacie, de biologie, ainsi que pour les consommations dentaires. Au sein des ménages ouvriers, les probabilités de recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste, un médecin spécialiste, ou à des achats de médicaments, sont plus faibles si la personne de référence du ménage est un ouvrier non qualifié que s'il est un ouvrier qualifié. Par exemple, pour la situation de référence⁷, la probabilité de consulter un médecin spécialiste au moins une fois dans l'année n'est que de 49 % pour les ouvriers non qualifiés, alors qu'elle est de 53 % pour les ouvriers qualifiés, et de 57 % pour les employés, les professions intermédiaires et les cadres. Pour la pharmacie, ces probabilités de consommer au moins une fois durant une année sont respectivement estimées à 81 %, 83 % et 85 %.

Des probabilités de recours aux soins dentaires et optiques plus fortes pour les cadres

Les probabilités de consommer des soins dentaires et optiques sont toutes choses égales par ailleurs plus élevées chez les cadres. Ainsi, la probabilité d'engager des dépenses dentaires est de 33 % chez les cadres, de 30 % chez les professions intermédiaires et les employés, et de seulement 26 % chez les ouvriers. En revanche, alors que les ouvriers non qualifiés ont la probabilité la plus faible d'en consommer, ce sont paradoxalement eux qui sont à l'origine des dépenses dentaires les plus élevées (+11 % par rapport aux employés). Ces dépenses dentaires élevées pourraient être la conséquence d'un état dentaire moins bon, comme l'est globalement leur état de santé. La probabilité de recourir à des soins en optique est quant à elle de 18 % pour les cadres contre 14 % pour les autres catégories

7. La probabilité de recourir aux soins est calculée pour un ouvrier à partir de la situation de référence, en remplaçant pour la catégorie socioprofessionnelle la modalité employé par la modalité ouvrier. Le calcul est similaire pour les autres catégories socioprofessionnelles.

sociales, les dépenses d'optique engagées par les cadres sont également supérieures de 18 % à celles des employés (situation de référence). Ces résultats confirment ceux de l'enquête réalisée à partir des bilans de santé obligatoires à l'entrée à l'école primaire, qui montrait

que les enfants des zones d'éducation prioritaire (ZEP), dans lesquelles les ménages appartenant à des milieux sociaux défavorisés sont nombreux, avaient des troubles de vision moins souvent dépistés et donc moins souvent soignés que les enfants scolarisés hors ZEP⁸.

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. 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. En effet, les personnes qui ont effectivement consommé dans une année donnée sont celles qui sont le plus susceptibles d'avoir des dépenses élevées au sein de l'ensemble de l'échantillon. Nous voulons estimer l'impact des variables sociodémographiques sur la consommation de soins de l'ensemble des individus, qu'ils aient eu ou pas une consommation dans l'année. Comme sont seulement observées les dépenses des individus qui ont effectivement consommé des soins, cela introduit un biais de sélection dans les observations disponibles pour la deuxième équation. En tenant compte de la corrélation des résidus dans l'estimation des paramètres de la deuxième équation, on corrige ce biais de sélection. Ainsi, les effets estimés des différentes variables explicatives du modèle sur les dépenses de santé s'interprètent comme des effets théoriques sur la dépense dans le cas où décision de consommer et dépense engagée seraient indépendantes. Cette forme de modélisation permet de distinguer l'effet des différentes variables sur la probabilité de consommer des soins de leur effet sur la dépense.

Dans le document, tous les résultats issus de l'estimation de ce modèle sont calculés en prenant comme situation de référence un homme âgé de 40 ans à 64 ans, en bonne santé, ayant une couverture complémentaire, occupant un emploi d'employé, disposant d'un revenu médian, d'un niveau de diplôme équivalent au c.a.p ou b.e.p (niveau collège), et vivant en couple dans un ménage de deux personnes.

5

E•3

Effets du revenu, du milieu social et de l'éducation

La consommation par un individu ou un ménage d'un bien donné peut dépendre de facteurs économiques au sens strict (revenu), mais également de facteurs liés à un niveau d'éducation ou à un statut social. Les enquêtes auprès des ménages et des individus relèvent ainsi généralement les trois indicateurs principaux que sont le revenu, le diplôme ou niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle. Outre les difficultés d'estimation des effets respectifs de chacune de ces variables (cf. infra), la première question est de savoir si la consommation d'un bien dépend davantage d'aspects culturels, sociaux, ou du revenu. Les études sur la consommation des français (La consommation des français, N. Herpin, D. Verger) montrent des liens avec les trois variables sans pour autant trancher pour chacun des biens étudiés sur la primauté de tel ou tel effet. Cela est également vrai pour la consommation de soins avec, de plus, des éventuelles différences dans la hiérarchie entre les effets différents selon le type de prestations : entre des soins entièrement (ou presque) couverts par l'assurance maladie (base plus complémentaire) et ceux pour lesquelles la couverture par l'assurance maladie laisse un reste à la charge des ménages (optique, dentaire, spécialiste).

L'enquête SPS utilisée ici permet également d'introduire dans les régressions des informations sur le milieu social, le revenu et le niveau d'éducation des individus qui consomment ou non des soins. Il s'agit toutefois de s'assurer que ce ne sont pas les corrélations entre les variables qui assurent la significativité de ces coefficients.

Des précautions méthodologiques ont à cet égard été prises pour pouvoir estimer de manière distincte les effets, sur les dépenses de santé, du revenu, de l'éducation, et de la catégorie socioprofessionnelle. Les résultats doivent toutefois être interprétés avec une certaine prudence, en gardant en mémoire que ces variables ne sont pas indépendantes.

8. Etudes et résultat n°155 (N. Guignon, La santé des enfants de six ans à travers les bilans de santé scolaire)

Des dépenses de spécialistes et de biologie plus élevées chez les cadres

En ce qui concerne les médecins spécialistes et les analyses biologiques, ce ne sont pas les probabilités de recours aux soins qui différencient les cadres des autres catégories socioprofessionnelles, mais le niveau de leurs dépenses. Elles sont toutes choses égales par ailleurs supérieures chez les cadres de 12 % pour la biologie et de 13 % pour les médecins spécialistes à celles estimées pour les employés (situation de référence). En conséquence, les dépenses ambulatoires des cadres seraient au bout du compte supérieures de 9 % à celles des employés. À un niveau agrégé, les dépenses ambulatoires estimées pour les ouvriers non qualifiés sont également supérieures de 9 % à celles des employés. Mais les interprétations à donner à ces résultats sont différentes. En effet, les dépenses ambulatoires élevées des cadres semblent en partie la conséquence d'un effet prix, dû à des dépassements d'honoraires élevés.

Le gradient social exerce donc, au delà même des effets du revenu et du diplôme qui seront examinés plus loin, une forte influence sur la consommation de soins : les consommations hospitalières sont caractéristiques des milieux ouvriers, alors que les consommations optiques, de médecins spécialistes, de biologie et la probabilité de recourir aux soins dentaires sont plus importantes chez les cadres.

Un accès aux soins moins fréquent, mais des dépenses ambulatoires plus élevées pour les chômeurs

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes au chômage ont une plus faible probabilité que les actifs occupant un emploi d'engager, une année donnée, des dépenses de généralistes, de médicaments ou d'optique. Mais les chômeurs se caractérisent à contrario, lorsqu'ils consomment des soins, par des dépenses de généralistes et de médicaments plus élevées que la moyenne. Cet apparent paradoxe pourrait révéler un problème d'accès aux soins pour les chômeurs qui n'ont engagé aucune dépense.

La consommation hospitalière n'apparaît en revanche pas différente entre les chômeurs et les actifs occupant un emploi, alors que les inactifs (tous sexes

et âges confondus) se distinguent par des dépenses hospitalières qui sont supérieures de 38 % à celles des actifs occupant un emploi.

Un effet du diplôme surtout perceptible pour le recours aux médecins spécialistes et aux soins dentaires et optiques

Toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence et à niveau de revenu identique, le niveau d'étu-

des individuel a une influence modeste mais significative sur la probabilité de consommer des soins une année donnée.

Ainsi, les personnes ayant un niveau d'études se limitant à l'école primaire ont une plus faible probabilité d'avoir des dépenses de spécialistes dans l'année (49 %) que les personnes ayant un niveau scolaire plus élevé (57 %). En outre, une meilleure instruction augmente la probabilité de recourir aux consommations optiques ou dentaires. Cette dernière est estimée à 24 % pour les personnes n'ayant jamais été scolarisées et à 27 % avec un ni-

T.01 écarts de dépenses selon diverses caractéristiques

	Ambulatoire	Hospitalisation	Généraliste	Spécialiste	Pharmacie	Dentaire	Optique	Biologie	Auxiliaires médicaux
CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE									
Agriculteur	+ 41%								
Artisan	+ 11%								
Cadre	+ 9%	- 34%		+ 13%			+ 18%	+ 12%	- 20%
Profession intermédiaire			- 8%						
Employé	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Ouvrier qualifié		+ 24%							
Ouvrier non qualifié	+ 9%	+ 24%				+ 11%			
TAILLE DU MÉNAGE									
2 personnes	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
3 personnes									
4 personnes	- 9%				- 10%			- 11%	
5 personnes	- 9%				- 10%			- 11%	
6 personnes et plus	- 17%			- 13%	- 21%			- 11%	
TRAVAIL									
Actif travaillant	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Chômeur	+ 19%		+ 15%		+ 14%			+ 12%	
Inactif		+ 38%							
REVENU PAR UNITÉ DE CONSOMMATION									
Moins de 457 euros	- 22%		- 10%	- 13%					
457 à 610 euros	- 11%			- 9%					
610 à 762 euros	- 9%			- 9%					
762 à 915 euros	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
915 à 1 220 euros							+ 14%		+ 21%
Plus de 1 220 euros		- 23%							
ÉDUCATION									
Jamais scolarisé									
Maternelle, primaire									
Collège, CAP, BEP	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Lycée, BAC							- 12%		
Études supérieures							- 13%		

Guide de lecture : Les résultats s'interprètent comme des écarts de dépense de soins par rapport à une situation de référence : un homme d'âge compris entre 40 et 64 ans, en bonne santé, ayant une couverture complémentaire, actif occupant un emploi, disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation compris entre 762 et 915 euros, d'un niveau de diplôme équivalent au c.a.p. ou b.e.p., vivant en couple dans un ménage de deux personnes (situation de référence) a des dépenses ambulatoires dont l'estimation est de 9 % plus élevées s'il est cadre que s'il est employé (situation de référence). En revanche, s'il exerce une profession intermédiaire, alors sa dépense n'est pas significativement différente de la situation de référence.

Source : EPAS-SPS 1992-95-97
 Champ : individus affiliés à la CNAMTS

9. Echelle d'Oxford : le premier adulte du ménage a un poids égal à 1, puis les autres personnes de plus de 14 ans ont un poids égal à 0,7, et celles de moins de 14 ans ont un poids égal à 0,5.

10. Soit environ 4 individus sur 5.

11. Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi A., Mizrahi A., (1999) " Santé, soins et protection sociale en 1997 ", CREDES

veau d'études primaires, alors qu'elle est estimée à 30 % pour les individus ayant un niveau scolaire plus élevé. Quant à la probabilité de consommer des soins d'optique, elle est plus élevée pour les individus qui ont un niveau scolaire équivalent à une classe de seconde ou un niveau supérieur (17 %) que pour ceux ayant un niveau d'éducation inférieur (14 %).

Un effet spécifique du revenu qui concerne les dépenses de spécialistes, de biologie et le recours aux soins dentaires

Si l'on tient compte par ailleurs de la CSP et du diplôme, le revenu mensuel par unité de consommation⁹ du ménage n'a pas d'influence perceptible sur la con-

sommation individuelle de soins hospitaliers (pour lesquels seul le forfait journalier n'est pas pris en charge par la sécurité sociale) tant en ce qui concerne la probabilité de recourir à ce type de soins que le niveau de la dépense. En revanche, toutes choses égales par ailleurs, la consommation de soins ambulatoires est plus faible chez les individus qui appartiennent à un ménage dont le revenu mensuel par unité de consommation est inférieur à 762 euros (5 000 francs), ce qui correspond au revenu médian des individus pour lesquels l'information sur le revenu existe dans l'enquête SPS¹⁰. L'écart de dépense ambulatoire est ainsi, toutes choses égales par ailleurs, de 22 % entre les personnes qui disposent d'un revenu

mensuel inférieur à 457 euros (3 000 francs) et la situation de référence (revenu entre 762 et 915 euros, soit entre 5 000 et 6 000 francs). Si l'effet du revenu ne concerne que les revenus inférieurs à 457 euros pour les dépenses de généralistes, il reste significatif jusqu'à 762 euros pour les dépenses de spécialistes, ainsi que le recours à la biologie et aux soins dentaires.

D'une façon globale, on peut rapprocher ces résultats des travaux menés par le CREDES sur le renoncement aux soins pour des raisons financières : ce dernier se révèle bien sûr plus fréquent chez les catégories défavorisées, et les consommations dentaires, optiques et de spécialistes sont, dans cet ordre, celles pour lesquelles ce renoncement aux soins est le plus important¹¹.

T 02 probabilité de recours à au moins une dépense dans l'année

	Ambulatoire	Hospitalisation	Généraliste	Spécialiste	Pharmacie	Dentaire	Optique	Biologie	Auxiliaires médicaux
RÉFÉRENCE	92%	10%	78%	57%	85%	30%	14%	41%	21%
CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE									
Agriculteur	76%		54%	38%	72%	17%			
Artisan	88%		71%		80%				
Cadre			73%			33%	18%		
Profession intermédiaire									
Employé	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Ouvrier qualifié	91%			53%	83%	26%		38%	
Ouvrier non qualifié	88%		73%	49%	81%	26%		38%	
TAILLE DU MÉNAGE									
2 personnes	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
3 personnes								37%	
4 personnes					83%			35%	18%
5 personnes					83%			35%	
6 personnes et plus	88%		70%	48%	76%			26%	15%
TRAVAIL									
Actif travaillant	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Chômeur	87%		70%		78%			11%	
Inactif	88%				79%			9%	
REVENU PAR UNITÉ DE CONSOMMATION									
Moins de 457 euros				48%		26%		32%	17%
457 à 610 euros				51%				37%	19%
610 à 762 euros	90%	7%				27%		37%	19%
762 à 915 euros	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
915 à 1 220 euros									
Plus de 1 220 euros						36%			
ÉDUCATION									
Jamais scolarisé				49%		24%			
Maternelle, primaire				49%		27%			
Collège, CAP, BEP	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence	référence
Lycée, BAC							17%		19%
Études supérieures	90%	8%			81%		17%		19%

Guide de lecture : Les résultats s'interprètent comme des probabilités de recours à au moins une dépense dans l'année calculées à partir d'une situation de référence. Pour un homme d'âge compris entre 40 et 64 ans, en bonne santé, ayant une couverture complémentaire, actif occupant un emploi, disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation compris entre 762 et 915 euros, d'un niveau de diplôme équivalent au c.a.p. ou b.e.p., vivant en couple dans un ménage de deux personnes (situation de référence), la probabilité de recours à au moins une dépense ambulatoire dans l'année est de 92 % s'il est employé (situation de référence) et de 88 % s'il est ouvrier non qualifié. S'il exerce une profession intermédiaire, alors cette probabilité n'est pas significativement différente de la situation de référence.

Source : EPAS-SPS 1992-95-97

Champ : individus affiliés à la CNAMTS

Une influence importante de l'assurance complémentaire sur le recours aux soins et sur les dépenses ambulatoires

Ces résultats sont également à mettre en lien avec l'écart entre les dépenses ambulatoires des personnes qui bénéficient d'une assurance complémentaire et de celles qui doivent payer le ticket modérateur. Cet écart est ici, toutes choses égales par ailleurs, estimé à 24 %. En l'absence de couverture complémentaire, les individus ont également une plus faible probabilité de recourir aux soins au cours d'une année (85 % contre 92 % avec le bénéfice d'une assurance complémentaire, ces probabilités étant toujours calculées à partir des caractéristiques de la situation de référence). Ce plus faible recours est significatif quelque soit le type de soins ambulatoires. Par exemple, les probabilités de recourir aux médecins généralistes, spécialistes ou à la pharmacie, qui sont respectivement estimées à 78 %, 57 % et 85 % pour les personnes qui ont une assurance complémentaire, chutent respectivement à 62 %, 42 % et 73 % pour celles qui n'en possèdent pas. En revanche, le bénéfice d'une assurance complémentaire n'aurait assez logiquement pas d'impact sur le recours et les dépenses de soins hospitaliers.

En l'absence d'information sur le niveau de garantie offert par les assurances complémentaires, il convient toutefois de tempérer l'ensemble des résultats précédents. L'impact du revenu et du milieu social sur la consommation de soins

pourraient en particulier être surévalués dans la mesure où les couvertures complémentaires sont en général moins généreuses chez les plus modestes, essentiellement pour les remboursements des frais dentaires, optiques et des dépassements d'honoraires (qui concernent surtout les spécialistes)¹². L'effet estimé du revenu ou du milieu social pourrait donc être en partie attribué à un effet de la générosité de l'assurance, dont seulement l'existence est observée ici.

Les familles nombreuses : des consommations de soins ambulatoires et de médicaments plus faibles

Les consommations individuelles de soins ambulatoires sont enfin, toutes choses égales par ailleurs, plus faibles dans les familles nombreuses. À partir de six personnes dans le ménage, la probabilité de consommation de soins ambulatoires diminue ainsi fortement. Ceci est vrai pour tous les types de soins ambulatoires mis à part les soins dentaires et optiques. Par exemple, la probabilité de consulter un généraliste au moins une fois dans l'année est estimée à 78 % pour les individus appartenant à un ménage d'au plus cinq personnes et à 70 % au delà. Pour les consultations de spécialistes, ces probabilités sont respectivement de 57 % et 48 %. La taille du ménage a un effet particulièrement important sur la consommation de médicaments. En effet, l'estimation de la probabilité de présenter des dépenses pharmaceutiques au remboursement dans une année, qui est de 85 % pour les individus appartenant à un ménage de deux personnes, tombe à 83 % à partir de quatre personnes dans le ménage, et à 76 % à partir de six personnes. De plus, la dépense pharmaceutique des individus appartenant à un ménage de quatre ou cinq personnes est inférieure de 10 % à celle des individus appartenant à un ménage de deux personnes, cet écart allant jusqu'à 21 % pour les ménages de six personnes et plus. Des pratiques d'automédication à partir de l'existence d'armoires à pharmacie « familiales » pourraient expliquer une partie de ce phénomène. ●

12. La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M. CREDES 2000

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 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 et l'invalidité est un indicateur de niveau de gêne lié à l'état de santé.

Risque vital

- 0 aucun indice de risque vital
- 1 pronostic péjoratif très faible
- 2 pronostic péjoratif faible
- 3 risque possible
- 4 pronostic probablement mauvais
- 5 pronostic sûrement mauvais

Invalidité

- 0 pas de gêne
- 1 gêné de façon infime
- 2 peu gêné
- 3 gêné, mais vit normalement
- 4 doit diminuer son activité professionnelle ou domestique
- 5 activité réduite
- 6 pas d'autonomie domestique
- 7 alitement permanent

Ces indicateurs de santé ont été introduits dans les régressions afin de pouvoir interpréter les estimations à indicateur d'état de santé donné. Ces deux indicateurs étant naturellement très corrélés, un seul a été choisi dans chacune des régressions. Globalement, l'indicateur d'invalidité a permis de mieux expliquer les dépenses ambulatoires, alors que l'indicateur de risque vital s'est révélé plus approprié pour les dépenses hospitalières.

Pour en savoir plus

Dourgnon P., Sermet C., 2002, La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? CREDES.

Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P., 2001, Santé, soins et protection sociale en 2000. Enquête sur la santé et la protection sociale, France 2000, CREDES.

Breuil P., Grandfils N., Raynaud D., Revenus, 1999, « Assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis », Les cahiers du GRATICE.

Breuil P., 1998, « Assurance et recours aux soins : une analyse micro-économétrique à partir de l'enquête santé 1991-1992 de l'Insee », Revue Economique.

Raynaud D., 2002, « Les déterminants individuels des dépenses de santé », Dossiers Solidarité et Santé n° 1.

Bibliographie

Aligon A., Com-Ruelle L., Dourgnon P., Dumesnil S., Grignon M., Retailleau A., 2001, La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles, CREDES.

Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M., 2000, « La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements », Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998, CREDES.

Jouglé E., Rican S., Pequignot F., Le Toulec A., Disparités sociales de mortalité en France, La Découverte, INSERM.

Heckman J., 1979, Sample selection bias as a specification error, *Econometrica*