



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

Ministère de la santé
et de la protection sociale



Études et Résultats

Un panorama de l'état de santé des adultes résidant en France, fondé sur une batterie d'indicateurs de santé définis par la Commission européenne, est ici dressé à partir des données de la dernière enquête décennale santé de l'Insee réalisée en 2003. Environ les trois quarts des personnes enquêtées perçoivent leur état de santé comme bon ou très bon, mais près des deux tiers déclarent un problème de santé de gravité variable. 47 % déclarent ainsi une maladie chronique et 31 % une autre maladie. Des restrictions d'activité sont en outre déclarées par une personne sur huit. Ces résultats varient selon l'âge et le genre des personnes – la morbidité déclarée étant toujours plus élevée chez les femmes –, mais aussi selon leur niveau d'éducation ou de revenu. Il en est de même des recours aux soins, dont la fréquence est globalement élevée et qui, chez les femmes, vont de pair avec une perception plus aiguë des problèmes de santé et de prévention.

Jean-Louis LANOË
Inserm/Insee, Division Conditions de vie des ménages
et Yara MAKDESSI-RAYNAUD
Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees



N° 436 • octobre 2005

L'état de santé en France en 2003 Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé

Conduite tous les dix ans par l'Insee, la dernière enquête santé 2003 couvre un large champ de questions relatives à l'état de santé de la population et à ses recours aux soins (encadré 1). Se fondant pour l'essentiel sur la batterie d'indicateurs définie au niveau européen¹ (encadré 2), le présent document propose un éclairage sur la santé des adultes résidant en France métropolitaine (encadré 3).

En 2003, environ les trois quarts des personnes enquêtées perçoivent leur état de santé comme « très bon » ou « bon », mais près des deux tiers déclarent souffrir d'une maladie dont la gravité est évidemment variable. Dans le même temps, ils sont plus de neuf sur dix à avoir consulté un médecin et 12 % à avoir été hospitalisés au cours de l'année précédant l'enquête. Ces résultats recouvrent de grandes différences suivant l'âge et le genre des personnes mais varient également selon leur niveau

1. Commission européenne, Eurostat, *Guidelines for the collection of data on 18 HIS items*, février 2004.



d'éducation ou de revenu. Les réponses relatives à la santé perçue, la morbidité déclarée, les restrictions d'activité et les incapacités, ainsi que le recours aux différentes formes de soins permettent à cet égard de dresser un panorama de l'état de santé de la population française dont certaines dimensions restent fortement associées aux caractéristiques sociales et économiques des personnes.

Perception de l'état de santé et morbidité déclarée

Une perception de l'état de santé largement positive

Dans l'ensemble, les personnes enquêtées ont une perception de leur santé très largement positive. Plus de sept personnes sur dix la considèrent comme « très bonne » ou « bonne » et moins de 5 % la perçoivent comme « mauvaise » ou « très mauvaise »² (tableau 1 et graphique 1).

Plus l'âge est avancé, plus la perception de la santé est négative³. À tout âge, avec un écart qui reste stable, les femmes perçoivent plus fréquemment leur santé de façon défavorable (graphique 2).

Des problèmes de santé fréquents

Au premier jour de l'enquête, plus de six personnes interrogées sur dix (63 %) ont déclaré souffrir d'au moins une maladie⁴, qu'elle soit chronique (47 %) et/ou non chronique (31 %). Les écarts sont très nets selon l'âge et le genre, et ce que les maladies ou problèmes de santé soient ou non déclarés chroniques. La morbidité déclarée est ainsi croissante avec l'âge et toujours d'un niveau plus élevé chez les femmes que chez les hommes (graphique 3). Entre 30 et 44 ans par exemple, 38 % des femmes et 33 % des hommes déclarent

2. La question posée était : « Comment est votre état de santé général ? »

3. Santé perçue défavorable (ou négative) : état de santé déclaré moyen, mauvais ou très mauvais.

4. Établie à partir des réponses aux questions : « Avez-vous actuellement une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s) ? » et « si oui » « Avez-vous actuellement d'autres maladies ou problèmes de santé ? », « si non » « Mais avez-vous actuellement une (ou plusieurs) maladie(s) ou des problèmes de santé ? » Les problèmes dentaires, d'audition ou de vue ne sont pas pris en compte dans la définition de la morbidité.

E•1

L'enquête décennale santé 2003

La dernière enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee s'est déroulée entre octobre 2002 et septembre 2003. La première de ces enquêtes date de 1960, et un recueil homogène existe depuis l'enquête de 1970 suivie de celle de 1980-1981 puis de celle de 1991-1992.

Les objectifs principaux de l'enquête 2003 étaient, d'une part, d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée incidente et prévalente ainsi que la santé perçue et, d'autre part, de mettre en relation les consommations de soins avec l'état de santé déclaré et les caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages.

Un tirage au sort de logements à partir de « l'échantillon maître » Insee a été réalisé afin de disposer d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires et d'individus au niveau métropolitain. Parallèlement, pour disposer d'échantillons représentatifs dans les cinq extensions régionales de l'enquête (Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Picardie, Île-de-France, Provence - Alpes - Côte d'Azur), un tirage au sort de logements dans « l'échantillon maître extension » de l'Insee a également été effectué.

Par rapport aux enquêtes précédentes, l'enquête santé 2003 a :

- reposé, en matière de consommation de soins et de morbidité des adultes, sur un questionnaire individualisé (l'ensemble des adultes du ménage a été soumis à un questionnaire individuel, alors qu'en 1991-1992 une seule personne répondait pour l'ensemble des adultes du ménage) ;
- couvert l'année entière (y compris les mois d'été soit cinq vagues, ce qui n'était pas le cas en 1991-1992 où les mois d'été avaient été exclus) ;
- reposé, pour la première fois, sur un questionnaire assisté d'un ordinateur (dit CAPI) permettant notamment de chaîner systématiquement les consommations aux maladies déclarées ainsi qu'aux consommations antérieures.

Par ailleurs, la durée d'enquête pour chaque ménage a été ramenée à huit semaines au lieu de douze et des autoquestionnaires relatifs à des pathologies particulières ont été proposés. Enfin, pour les personnes l'ayant accepté, les données de consommations déclarées peuvent être comparées, de façon agrégée, avec les données administratives de remboursement de l'assurance maladie.

T•01 santé perçue selon le genre

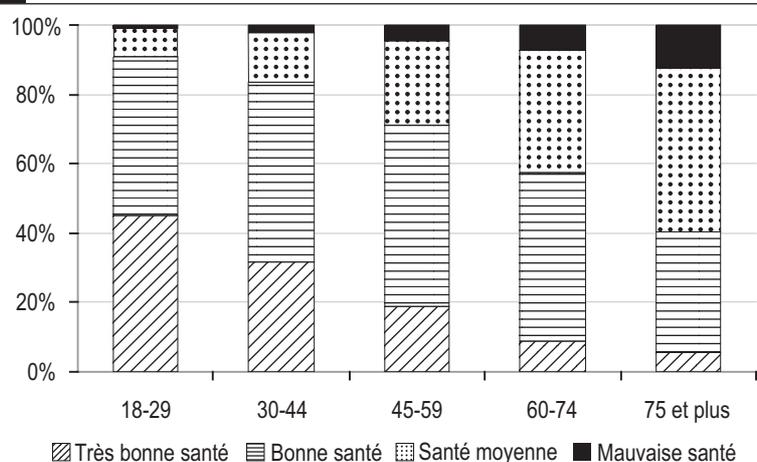
en %

| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|------------------------|--------|--------|----------|
| Très bonne | 28,2 | 21,5 | 24,7 |
| Bonne | 48,5 | 49,0 | 48,8 |
| Moyenne | 19,5 | 24,7 | 22,2 |
| Mauvaise/Très Mauvaise | 3,8 | 4,8 | 4,3 |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G•01 santé perçue par groupe d'âges



Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

rent au moins une pathologie chronique ; entre 60 et 74 ans, ces proportions atteignent 73 % pour les femmes et 66 % pour les hommes. L'écart entre hommes et femmes, sauf chez les 75 ans et plus, reste toujours supérieur à 5 points.

On peut observer les mêmes tendances dans le cas des maladies non chroniques : 23 % des hommes de 30 à 44 ans contre 26 % des femmes des mêmes âges en déclarent au moins une. Chez les 60-74 ans, ces proportions atteignent 40 % chez les hommes et 44 % chez les femmes. Les évolutions observées avec l'âge, comme l'écart entre hommes et femmes, sont cependant sensiblement atténués pour ce type de problème de santé, comparé aux maladies chroniques.

Si les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer au moins une maladie, elles en déclarent également un plus grand nombre, surtout en ce qui concerne les maladies chroniques, et ce quel que soit le groupe d'âges considéré (tableau 2).

Des restrictions d'activité qui touchent une personne sur huit

Par ailleurs, 14 % des personnes interrogées ont déclaré souffrir durablement d'une restriction d'activité⁵. Cette proportion est évidemment croissante avec l'âge (elle passe de 4 % chez les 18-29 ans à 21 % chez les 60-74 ans) mais est relativement peu différenciée selon le genre. La déclaration d'une maladie chronique apparaît toutefois fortement influencer les restrictions d'activité : les personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques sont ainsi presque un tiers (31 %) à être concernées (tableau 3).

Enfin, une personne sur cinq déclare au moins une incapacité physique et/ou sensorielle, ici définie comme l'impossibilité ou la difficulté à accomplir au moins un acte élémentaire dans la vie quotidienne : voir de près, voir de loin, entendre, marcher 500 mètres, porter un objet de 5 kilos, se nourrir, s'habiller, se coucher, aller aux toilettes ou se laver

5. La question posée était : « Êtes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? »

E•2

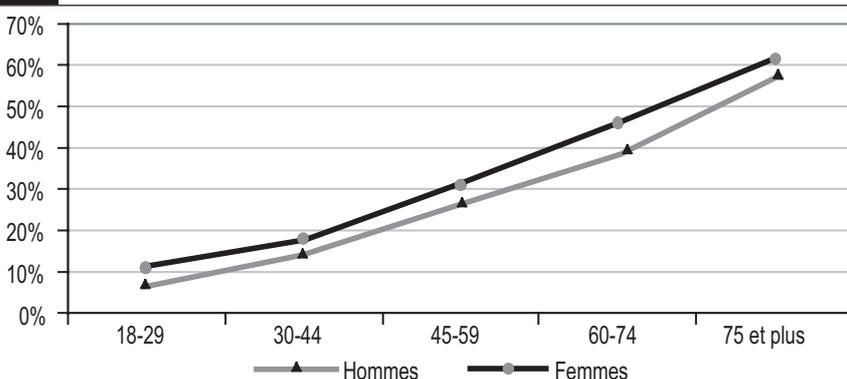
Les indicateurs européens de santé

Les indicateurs de santé retenus par l'Union européenne couvrent trois champs de la santé.

D'une part, celui de la santé déclarée illustré par la santé perçue, la déclaration de maladies chroniques, les restrictions d'activité pour des raisons de santé depuis au moins six mois et les limitations fonctionnelles, qui se déclinent en une série d'items recouvrant certaines limitations physiques et/ou sensorielles (problème de vue et d'audition, difficulté à marcher ou à porter quelque chose), et certaines limitations dans la vie quotidienne (difficulté à faire sa toilette, à aller aux toilettes, à se nourrir, à s'habiller, à se coucher). D'autre part, les recours au système de santé recouvrent les hospitalisations de plus de 24 heures et les hospitalisations de jour, les recours au médecin et au dentiste, les consommations de médicaments, ainsi que les dépistages de certains cancers féminins (notamment le cancer du sein et du col de l'utérus). Enfin, d'autres indicateurs concernent principalement certains déterminants de la santé : les consommations d'alcool et de tabac, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'indice de masse corporelle. L'enquête santé permet de documenter directement ou indirectement tous ces indicateurs. Cet article ne traite toutefois pas des déterminants de la santé qui sont appréhendés dans d'autres publications. « Santé perçue », « maladie chronique » et « restrictions d'activité » constituent l'enquête santé européenne minimale (minimum european health survey — MEHS) déjà mise en œuvre dans différentes enquêtes.

G•02 santé perçue négative

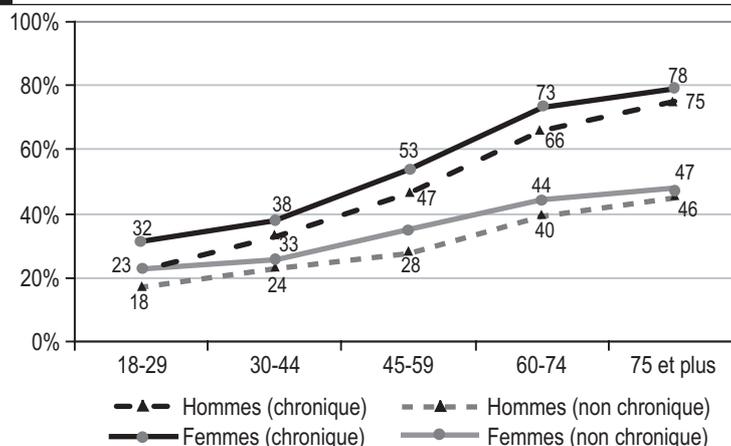
par groupe d'âges et selon le genre



Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G•03 population déclarant souffrir d'au moins une maladie

par groupe d'âges et selon le genre



Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

E-3

La population de référence

Les résultats présentés portent sur la population constituée des seules personnes âgées de plus de 17 ans au moment de l'enquête capables, a priori, de répondre pour elles-mêmes à l'ensemble de l'enquête (questions de l'enquêteur et questionnaires auto-administrés) et l'ayant fait effectivement, soit 25 713 personnes sur un total de 26 341 âgées de plus de 17 ans (97,5 %). Les 628 personnes qui ne sont pas incluses dans l'échantillon analysé présentent des caractéristiques de santé bien particulières qui, sans doute, les rapprochent d'une partie de la population qui ne réside pas en ménage ordinaire (en particulier personnes habitant dans une maison de retraite) et donc non comprise dans l'échantillon initial. Par exemple, plus de la moitié des 628 exclus est touchée par une restriction dans ses activités quotidiennes et les deux tiers sont affectés d'une maladie chronique. Leur âge moyen – 59 ans – est élevé comparé à celui des autres personnes (47 ans). Les résultats présentés ici concernent donc un échantillon dont l'état de santé est meilleur qu'en population générale.

(encadré 4). Cette fréquence apparaît liée, plus encore que pour les restrictions d'activité, à la présence de plusieurs maladies chroniques et à un âge élevé (tableau 3).

Il est intéressant de relever que parmi les personnes ayant déclaré une restriction d'activité, 57 % présentent également une incapacité, alors que seulement 37 % de celles touchées par une incapacité déclarent également une restriction d'activité (encadré 5).

Perception de l'état de santé et morbidité déclarée : liens et déterminants sociaux et économiques

T-02

nombre moyen de maladies déclarées

par genre et par groupe d'âges

| Groupes d'âges | Maladies chroniques | | Maladies non chroniques | |
|----------------|---------------------|--------|-------------------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| 18-29 | 1,4 | 1,6 | 1,3 | 1,4 |
| 30-44 | 1,5 | 1,7 | 1,4 | 1,5 |
| 45-59 | 1,9 | 2,1 | 1,6 | 1,7 |
| 60-74 | 2,1 | 2,6 | 1,8 | 1,9 |
| 75 et plus | 2,6 | 2,9 | 1,8 | 2,1 |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus déclarant au moins une maladie chronique ou non chronique.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

Une perception de la santé très liée aux maladies déclarées et aux restrictions d'activité

En dépit de son caractère général et de la subjectivité dont elle semble relever, la santé perçue apparaît comme un indicateur synthétique pertinent de l'état de santé⁶. Dans cette enquête, le questionnement sur la « santé perçue » est effectivement très lié aux autres indicateurs de l'état de santé.

Parmi les personnes définissant leur santé comme « moyenne », 32 % déclarent ainsi une restriction dans leurs activités et 49 % souffrent de plusieurs maladies chroniques. Chez les personnes se déclarant en « mauvaise » ou « très mauvaise santé », 75 % signalent une restriction d'activité et plus des deux tiers indiquent plusieurs maladies chroniques. À l'inverse, seulement 15 % des personnes dont l'état de santé est « très bon » ou « bon » déclarent plusieurs maladies chroniques et moins de 2 % une restriction d'activité.

La présence de plusieurs maladies chroniques et la déclaration d'une restriction d'activité augmentent donc

T-03

restriction d'activité et incapacités physiques et/ou sensorielles selon le genre, le groupe d'âges et la morbidité déclarée

en %

| | Restriction d'activité (6 mois ou plus) | Incapacités physiques et/ou sensorielles |
|---------------------------------------|---|--|
| Ensemble | 13,6 | 20,8 |
| Hommes | 12,5 | 19,6 |
| Femmes | 14,6 | 22,4 |
| 18-29 | 4,5 | 4,0 |
| 30-44 | 8,1 | 9,7 |
| 45-59 | 14,8 | 20,7 |
| 60-74 | 20,6 | 35,7 |
| 75 et plus | 34,7 | 64,8 |
| Aucune maladie déclarée | 1,0 | 7,5 |
| Maladie(s) non chronique(s) seulement | 15,8 | 21,3 |
| Une seule maladie chronique | 14,2 | 20,7 |
| Plusieurs maladies chroniques | 30,6 | 40,5 |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

6. Signalons quelques références sur le sujet :

• Karen B. DeSalvo, Vincent S. Fan, Mary B. McDonnell, and Stephan D. Fihn, *Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question*, Health Services Research, vol. 40, issue 4, page 1234, August 2005.

• Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H., « Self-rated Health Status as a Health Measure—the Predictive Value of Self-reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working Age Population », *J. Clin Epidemiol*, 1997; 50(5): 517-528.

très fortement la probabilité de percevoir sa santé de façon négative. Mais toutes les autres caractéristiques de morbidité déclarée (présence d'une incapacité, présence d'une seule maladie chronique ou présence d'un problème de santé non chronique) influent également de façon significative sur cette probabilité (tableau 4).

À caractéristiques de morbidité comparables, l'effet de l'âge recouvre, très vraisemblablement, un effet objectif : la gravité des problèmes de santé rencontrés par les plus âgés. On ne peut cependant exclure la part subjective liée à un « mal-être » propre au vieillissement en tant que tel. Il est enfin intéressant de noter que, une fois pris en compte les effets de l'âge et de la morbidité déclarée, le genre continue d'influer sur la perception de la santé, mais de façon limitée (probabilité qu'elle soit défavorable augmentée de 13 % chez les femmes).

Une perception de la santé qui reste globalement favorable malgré l'ampleur de la morbidité déclarée

Il peut certes sembler paradoxal que seulement un peu plus du quart de la population perçoive sa santé de façon négative (tableau 1) alors que les deux tiers (66 %) ⁷ se déclarent, d'une façon ou d'une autre, affectés par un problème de santé.

Il convient en premier lieu d'observer qu'une part non négligeable (13 %) des personnes enquêtées a déclaré comme seul problème de santé une maladie non chronique, 80 % ayant une perception favorable de leur santé. Même si la distinction entre « chronique » et « non chronique », fondée sur les seules déclarations des personnes enquêtées, ne recouvre évidemment pas une réalité clinique indiscutable, ces chiffres confirment que, le plus souvent, les problèmes perçus comme aigus ou ponctuels n'ont que peu d'effet sur la perception de l'état de santé général.

Par ailleurs, percevoir sa santé comme « bonne » ou « très bonne », quand on souffre d'au moins une maladie chronique ou d'une restriction d'activité, est surtout le fait des plus jeunes. Ainsi, dans la population des

7. Y compris les restrictions d'activité et les incapacités.

E•4

Les incapacités dans l'enquête santé 2003

On peut définir une incapacité comme l'impossibilité ou la difficulté d'accomplir certains actes élémentaires (marcher 500 mètres par exemple) ou plus complexe (s'habiller par exemple), que l'on bénéficie ou non d'une aide spécifique. Les tableaux ci-dessous présentent les résultats relatifs aux différentes incapacités documentées au niveau européen. Nous avons considéré qu'une personne qui déclarait au moins une de ces difficultés ou impossibilités présentait donc une incapacité. Au total, plus de 20 % de la population déclare au moins une incapacité.

en %

| | Voir de près | Voir de loin | Entendre | Marcher 500 mètres | Porter 5 kilos |
|--|--------------|--------------|------------|---------------------|-------------------|
| N'a aucune difficulté | 94,9 | 98,2 | 90,6 | 94,4 | 91,8 |
| A des difficultés (même avec de l'aide* ou n'a pas d'aide) | 5,0 | 1,7 | 9,2 | 5,2 | 6,1 |
| Ne peut pas du tout (avec ou sans aide) | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 2,1 |
| | Se nourrir | S'habiller | Se coucher | Aller aux toilettes | Faire sa toilette |
| N'a aucune difficulté sans être aidé | 99,8 | 97,9 | 98,2 | 99,3 | 97,3 |
| A des difficultés ou ne peut pas du tout et a de l'aide | 0,1 | 0,8 | 0,5 | 0,2 | 1,2 |
| A des difficultés et n'a aucune aide | 0,1 | 1,3 | 1,3 | 0,5 | 1,5 |

* Ce qui renvoie à une aide humaine ou avec un appareillage spécifique.

5

E•5

Restriction d'activité et déclaration d'une ou plusieurs incapacité(s)

Près des deux tiers de la population déclarant une incapacité ne signalent aucune restriction d'activité et 43 % de ceux déclarant une restriction d'activité n'indiquent, par contre, aucune incapacité. L'analyse multivariée comparant ces deux groupes de population met en évidence que, toutes choses égales par ailleurs en morbidité déclarée, la restriction d'activité sans incapacité est d'autant plus probable que les personnes sont jeunes, de sexe masculin et que la santé perçue est défavorable (3 fois plus). On ne note par ailleurs qu'un effet très limité des variables socio-économiques sauf une situation de chômage.

en %

| | Population ayant déclaré une restriction d'activité | | Population ayant déclaré une incapacité |
|----------------------------------|---|--|---|
| Au moins une incapacité déclarée | 56,7 | Restriction d'activité déclarée | 37,2 |
| Aucune incapacité déclarée | 43,3 | Pas de restriction d'activité déclarée | 62,8 |
| Ensemble | 100,0 | Ensemble | 100,0 |

Ces résultats mettent en évidence que déclarer spontanément une restriction d'activité reflète autre chose que la seule présence « objective » d'une ou plusieurs incapacités. On peut notamment avancer que ces restrictions traduisent un certain « mal-être » (liens avec la santé perçue négative ou le chômage) et/ou des difficultés particulières à accepter certaines des conséquences des problèmes de santé sur le mode ou la qualité de vie (lien avec l'âge et le genre).

moins de 60 ans (dont 41 % déclarent au moins une maladie chronique ou une restriction d'activité), la perception positive⁸ de la santé reste dominante (64 %). Cela s'explique probablement par la moindre gravité initiale des problèmes de santé, l'efficacité des traitements et, peut-être aussi, par une connaissance ou reconnaissance insuffisante de la gravité de certains problèmes. Au contraire,

chez les plus âgés, l'augmentation des comorbidités, la gravité croissante des problèmes de santé et le retentissement négatif de ces problèmes sur les conditions de vie ne peuvent influencer que négativement la perception de l'état de santé (tableau 5).

Globalement, compte tenu de la structure par âge de la population française (pour les trois quarts âgée de moins de 60 ans), il n'est donc pas surprenant qu'une grande majorité perçoive son état de santé de façon positive.

santé, et notamment des handicaps dont souffrent ces personnes. À âge comparable, le risque de déclarer une restriction dans ses activités est, par exemple, plus de deux fois supérieur chez les « inactifs » (modèle 3, tableau 6).

Ces différences demeurent lorsqu'on tient compte des caractéristiques des personnes interrogées en termes de morbidité déclarée (tableau 7). Ces résultats suggèrent que, indépendamment de la morbidité, le questionnement sur la santé perçue permettrait de révéler un mal-être ou une souffrance, difficiles à exprimer à travers les catégories de morbidité retenues, mais d'autant plus ressentis que la position économique des personnes est moins favorable (faible niveau d'instruction, faibles revenus du ménage et situation de chômage). Il est en particulier intéressant de noter que la seule caractéristique socio-économique qui perd sa signification statistique avec l'ajustement sur la morbidité déclarée⁹ est l'inactivité économique, résultat qui s'explique par le nombre relativement important de personnes souffrant d'un handicap ou d'une incapacité dans cette catégorie de population. On peut, enfin, avancer l'idée que la santé perçue révèle également une morbidité ressentie mais non (encore) diagnostiquée, et donc non déclarée ou non déclarable ; cette dernière hypothèse concorderait notamment avec le caractère prédictif de la santé perçue en termes de mortalité (voir *supra* note 6).

8. Catégorie qui regroupe les personnes ayant déclaré un « très bon » ou un « bon » état de santé général.

9. En comparant le modèle 3 du tableau 6 au modèle du tableau 7.

T 04 modèle d'analyse logistique sur la perception négative de la santé (exprimé en risques relatifs)*

| | Perçoit sa santé de façon négative |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Groupes d'âges | |
| 18-29 ans | 0,50 |
| 30-44 ans | 0,75 |
| 45-59 ans | Réf. |
| 60-74 ans | 1,11 |
| 75 ans et plus | 1,32 |
| Genre | |
| Hommes | Réf. |
| Femmes | 1,13 |
| Maladie chronique | |
| Aucune maladie | 0,41 |
| Une | Réf. |
| Plusieurs | 1,86 |
| Maladie autre que chronique | |
| Aucune | Réf. |
| Présente | 1,97 |
| Restriction d'activité | |
| Aucune | Réf. |
| Présente | 3,29 |
| Incapacité | |
| Aucune | Réf. |
| Présente | 1,79 |
| <i>Situation de référence</i> | 16 % |

Lecture :

– il y a deux fois plus de chances (1,86) d'avoir une perception négative de sa santé quand on déclare plusieurs maladies chroniques que quand on en déclare une seule ;

– il y a 2,4 fois moins de chance (1/0,41) d'avoir une perception négative de sa santé quand on ne déclare aucune maladie chronique que quand on en déclare une seule.

* Le risque relatif est recalculé à partir des valeurs prises par la constante et les paramètres de la régression logistique

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.

Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

Des caractéristiques sociales et économiques qui influent plus nettement sur la perception de la santé que sur la morbidité déclarée

Déclarer la présence d'une maladie apparaît lié à un faible revenu du ménage, au faible niveau d'instruction des personnes, ainsi qu'aux situations de chômage et d'inactivité, et ce notamment pour les maladies chroniques (modèles 1 et 2, tableau 6). Cependant, ces mêmes caractéristiques sociales et économiques influent de façon beaucoup plus nette sur les restrictions d'activité, et encore plus sur la perception négative de la santé (modèles 3 et 4, tableau 6).

L'enquête confirme donc que plus bas sont les niveaux d'éducation et de revenu, plus fortes sont les chances d'avoir une perception négative de sa santé, et ce indépendamment de l'âge et du genre. Chômage et inactivité sont également liés à une perception négative de la santé (modèle 4, tableau 6), l'un et l'autre pouvant toutefois être à la fois facteur ou conséquence de certains problèmes de

T 05 perception de la santé et nombre moyen de maladies chroniques dans la population déclarant au moins une maladie chronique ou une restriction d'activité

par groupe d'âges

| Groupes d'âges | Santé perçue positive (%) | Nombre moyen de maladies chroniques déclarées |
|----------------|---------------------------|---|
| 18-29 ans | 78 | 1,4 |
| 30-44 ans | 67 | 1,5 |
| 45-59 ans | 55 | 1,9 |
| 60-74 ans | 48 | 2,3 |
| 75 ans et plus | 34 | 2,6 |

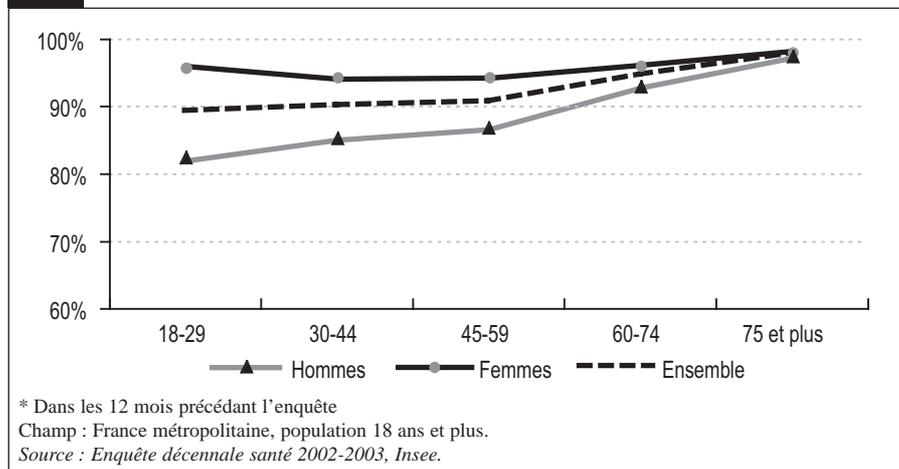
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus déclarant au moins une maladie chronique ou une restriction d'activité.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

T 06 quatre modèles d'analyse logistique sur la morbidité déclarée, la restriction d'activité et la perception de la santé exprimés en risques relatifs

| | Modèle 1 Déclare au moins une maladie chronique | Modèle 2 Déclare au moins une maladie non chronique | Modèle 3 Déclare une restriction d'activité | Modèle 4 Perçoit sa santé de façon négative |
|----------------------------|--|--|--|--|
| Groupes d'âges | | | | |
| 18-29 ans | 0,51 | 0,71 | 0,28 | 0,33 |
| 30-44 ans | 0,70 | 0,85 | 0,61 | 0,61 |
| 45-59 ans | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| 60-74 ans | 1,33 | 1,18 | 0,78 | ns |
| 75 ans et plus | 1,51 | 1,25 | 1,37 | 1,56 |
| Genre | | | | |
| Hommes | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Femmes | 1,14 | 1,10 | ns | 1,13 |
| Niveau d'éducation | | | | |
| Aucun diplôme/CEP | 1,05 | 1,06 | 1,09 | 1,42 |
| BEPC, CAP, BEP | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Baccalauréat | 0,93 | ns | 0,86 | 0,86 |
| Enseignement supérieur | ns | ns | 0,74 | 0,67 |
| Revenu du ménage | | | | |
| Moins de 6 600 € | 0,94 | 0,93 | ns | 1,09 |
| De 6 600 à 10 000 € | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| De 10 000 à 17 600 € | ns | ns | 0,90 | 0,89 |
| Plus de 17 600 € | ns | ns | 0,80 | 0,73 |
| Activité économique | | | | |
| Actif occupé | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Chômeur | 1,18 | ns | 1,58 | 1,42 |
| Inactif | 1,19 | 1,06 | 2,10 | 1,37 |
| Situation de référence | 44 % | 48 % | 13 % | 26 % |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G 04 proportion (%) de personnes ayant eu recours au médecin* par groupe d'âges et selon le genre



T 07 modèle d'analyse logistique sur la perception négative de la santé exprimé en risques relatifs

| | Perçoit sa santé de façon négative |
|--|---------------------------------------|
| Groupes d'âge | |
| 18-29 ans | 0,59 |
| 30-44 ans | 0,81 |
| 45-59 ans | Réf. |
| 60-74 ans | 0,90 |
| 75 ans et plus | 1,03 |
| Genre | |
| Hommes | Réf. |
| Femmes | 1,08 |
| Niveau d'éducation | |
| Aucun diplôme/CEP | 1,54 |
| BEPC, CAP, BEP | Réf. |
| Baccalauréat | 0,89 |
| Enseignement supérieur | 0,66 |
| Revenu du ménage | |
| Moins de 6 600 € | 1,18 |
| De 6 600 à 10 000 € | Réf. |
| De 10 000 à 17 600 € | 0,86 |
| Plus de 17 600 € | 0,70 |
| Activité économique | |
| Actif occupé | Réf. |
| Chômeur | 1,26 |
| Inactif | ns |
| Maladie chronique | |
| Aucune maladie | 0,40 |
| Une | Réf. |
| Plusieurs | 1,85 |
| Maladie autre que chronique | |
| Aucune | Réf. |
| Présente | 1,96 |
| Restriction dans les activités quotidiennes | |
| aucune | Réf. |
| Présente | 3,16 |
| Incapacité | |
| Aucune | Réf. |
| Présente | 1,65 |
| Situation de référence | 18 % |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

Une forte médicalisation de la population à travers les recours au système de soins

Des recours fréquents au médecin, plus nombreux chez les femmes

Sur les douze mois ayant précédé l'enquête, plus de neuf personnes sur dix (91 %) ont déclaré avoir vu au moins une fois un médecin, 85 % ayant eu recours à un généraliste et 61 % à un spécialiste.

La proportion de la population déclarant avoir consulté un médecin au cours des douze derniers mois reste globalement stable, autour de 90 % jusqu'à 60 ans, puis augmente après cet âge de manière plus marquée pour les hommes. Après 75 ans, les différences en fonction du genre s'estompent (graphique 4).

Toutefois, la fréquence des recours à la médecine spécialisée suivent des évolutions assez contrastées selon l'âge et le genre avec une augmentation régulière chez les hommes et une sensible diminution chez les femmes âgées de 60 ans et plus (tableau 8).

Le nombre de recours au médecin s'accroît en outre sensiblement à partir de 45 ans. En moyenne, il passe de cinq chez les moins de 45 ans à près de neuf chez les 75 ans et plus, et ce sans distinction de genre (graphique 5a). Toutefois, l'écart entre les femmes et les hommes demeure globalement important, notamment aux âges les plus jeunes. Chez les moins de 30 ans par exemple, le nombre moyen de recours des hommes à un médecin quel qu'il soit (3,3) est inférieur aux seuls recours des femmes aux généralistes (3,8).

Les recours au médecin généraliste des femmes et des hommes, croissant avec l'âge, suivent, à partir de 45 ans, des évolutions très parallèles, l'écart en faveur des femmes ne se comblant que faiblement. Par contre, les différences entre hommes et femmes sont particulièrement nettes pour les recours au spécialiste : chez les moins de 45 ans, les femmes déclarent près de trois consultations annuelles en moyenne contre un peu plus d'une pour les hommes. Après cet âge, les différences se réduisent considérablement, pour devenir quasi négligeables chez les 75 ans et plus (graphique 5b).

T
•08

proportion de personnes ayant eu recours au généraliste et au spécialiste*
par groupe d'âges et selon le genre, en %

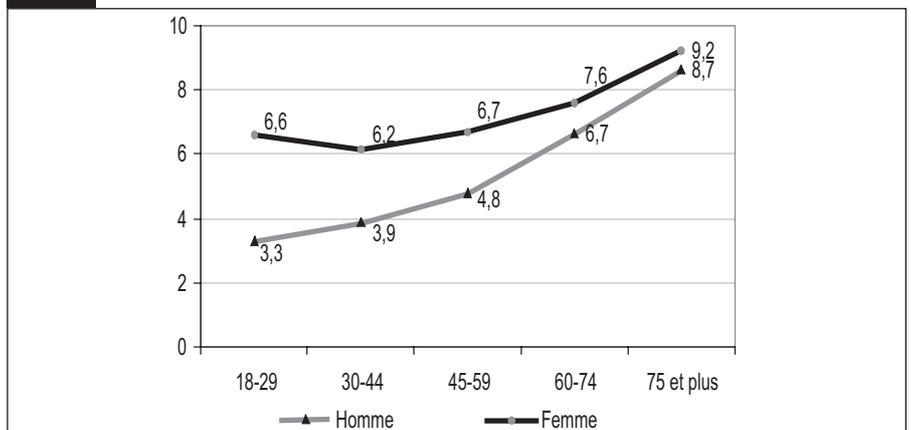
| Groupes d'âges | Généraliste | | Spécialiste | |
|----------------|-------------|--------|-------------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| 18-29 | 75,5 | 87,5 | 41,4 | 72,5 |
| 30-44 | 78,9 | 84,3 | 45,8 | 73,9 |
| 45-59 | 80,2 | 85,3 | 52,6 | 72,1 |
| 60-74 | 88,7 | 91,8 | 60,6 | 65,6 |
| 75 et plus | 95,2 | 96,0 | 66,2 | 61,2 |
| Ensemble | 81,3 | 87,1 | 50,5 | 70,4 |

* Dans les 12 mois précédant l'enquête.
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G
•05a

nombre de recours moyen au médecin*

par groupe d'âges et selon le genre

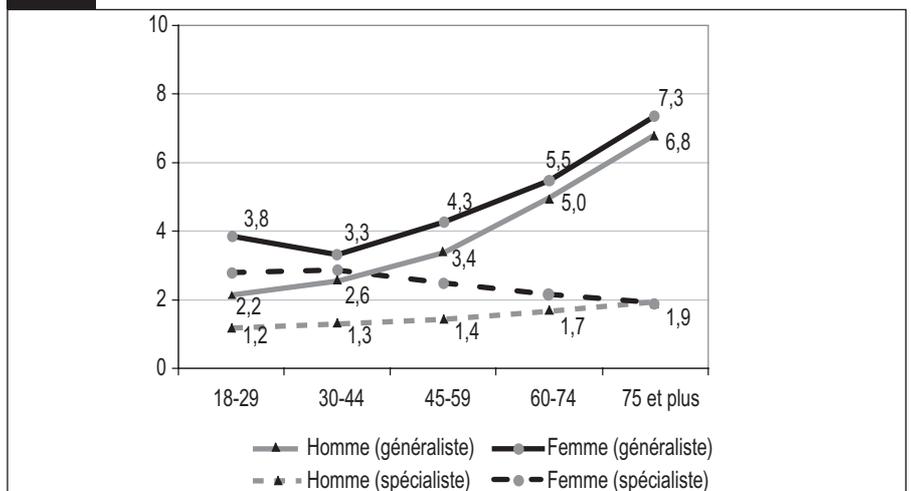


* Dans les 12 mois précédant l'enquête.
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G
•05b

nombre de recours moyen au médecin généraliste et au médecin spécialiste*

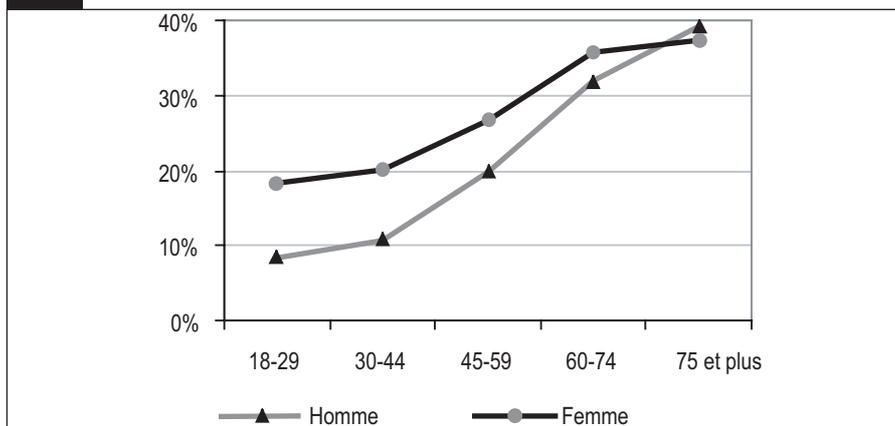
par groupe d'âges et selon le genre



* Dans les 12 mois précédant l'enquête
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G
•06

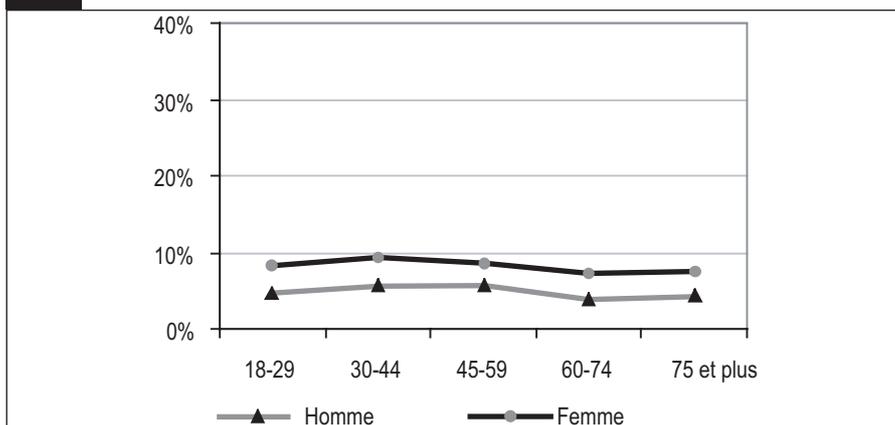
proportion de personnes ayant acquis des médicaments prescrits*
par groupe d'âges et selon le genre



* Achats effectués sur deux semaines.
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G
•07

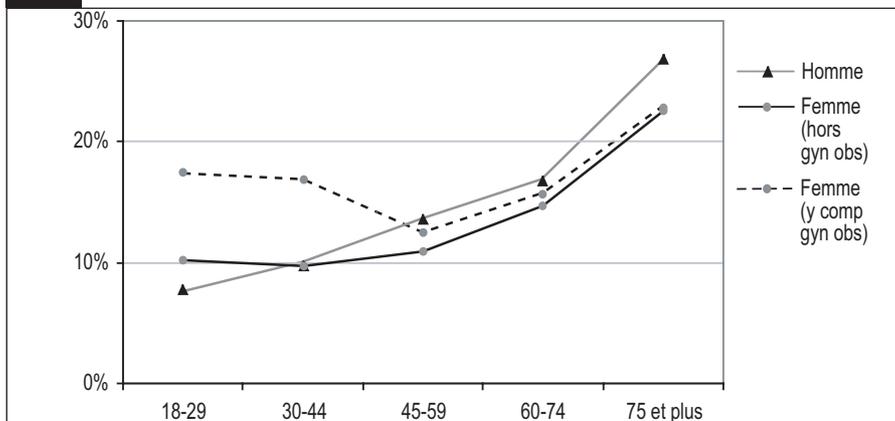
proportion de personnes ayant acquis des médicaments non prescrits*
par groupe d'âges et selon le genre



* Achats effectués sur deux semaines.
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

G
•08

proportion d'hospitalisations*
par groupe d'âges et selon le genre



* Dans les 12 mois précédant l'enquête.
Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

Ces recours au médecin plus nombreux dans la population féminine se reflètent dans les achats de médicaments¹⁰. Par exemple, avant 45 ans, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir acheté des médicaments prescrits. Avec l'âge, la fréquence de ces achats augmente considérablement mais l'écart entre les genres se réduit progressivement, pour disparaître, là encore, chez les 75 ans et plus (graphique 6).

Les achats de médicaments non prescrits concernent quant à eux une proportion d'enquêtés nettement plus faible : 7 % contre 21 % qui ont acquis des médicaments prescrits. On observe pour ces achats sans ordonnance un écart femmes/hommes de même nature que pour le reste des médicaments, mais qui demeure cependant quasi constant avec l'âge (graphique 7).

Chez les hommes, des hospitalisations qui augmentent régulièrement avec l'âge

Jusqu'à 45 ans, les femmes déclarent beaucoup plus fréquemment que les hommes avoir été hospitalisées au cours des douze derniers mois. Cet écart s'explique principalement par les accouchements et les hospitalisations dans des services de gynécologie-obstétrique. Accouchements et hospitalisations dans ces services exclus, la proportion de femmes déclarant avoir été hospitalisées reste très stable jusqu'à 60 ans (de l'ordre de 10 %). En revanche, chez les hommes, la fréquence des hospitalisations croît régulièrement avec l'âge pour dépasser, nettement dès 45 ans, celle des femmes et atteindre un maximum (27 %) chez les 75 ans et plus (graphique 8).

Des recours au système de soins qui favorisent chez les femmes une perception plus aiguë des problèmes de santé

Au moment de l'enquête, 58 % des femmes de 18 à 44 ans ont déclaré avoir recours à une contraception que plus de 90 % d'entre elles faisaient suivre régu-

10. Sur la période d'enquête, on a relevé les achats de médicaments, prescrits et non prescrits, concernant chaque personne du ménage.

lièrement par un médecin. Par ailleurs, chez les 30-44 ans, 96 % ont mentionné avoir déjà eu un frottis gynécologique qui, pour la moitié d'entre elles, datait de moins d'un an. Chez les femmes plus âgées, près de 20 % des 45 à 59 ans suivaient au moment de l'enquête un traitement en rapport avec leur ménopause. Enfin, près de 88 % des femmes de cette tranche d'âge ont déclaré avoir effectué une mammographie qui, dans

plus de 80 % des cas, datait de deux ans ou moins.

La plus forte médicalisation de la population féminine résulte pour partie des suivis médicaux liés à la contraception, aux grossesses, à la ménopause ainsi que d'un recours fréquent aux pratiques de dépistage et de prévention, que ces pratiques s'adressent spécifiquement à elles ou qu'elles soient de portée plus générale¹¹. La diminution

des recours au spécialiste observée chez les femmes à partir de 45 ans ne semble pas tenir, à cet égard, à un effet de génération, dans la mesure où les recours des hommes pour ce type de soins augmentent, mais, davantage, au moindre besoin, avec l'âge, de recours liés à des problèmes gynécologiques ou obstétricaux.

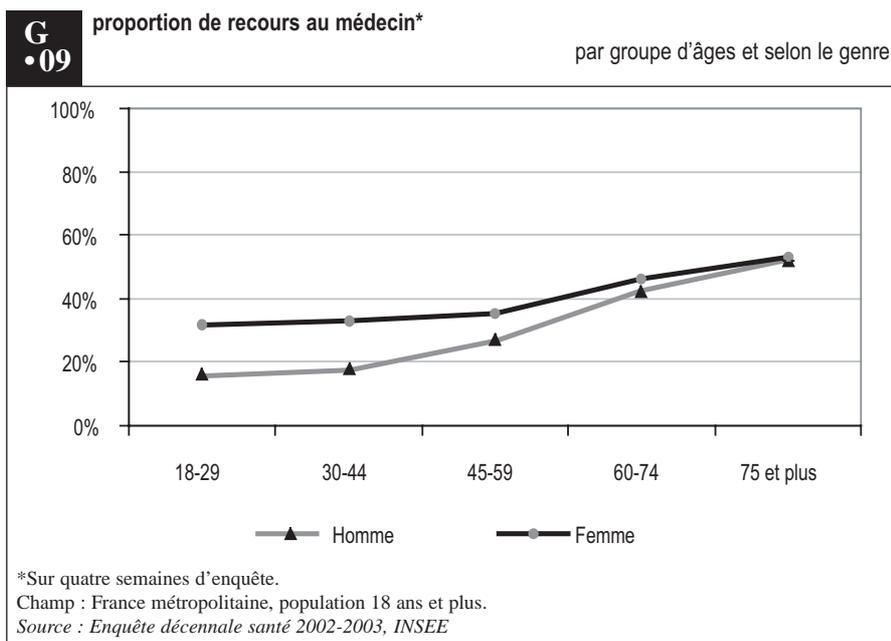
Ce constat qui repose sur un questionnement rétrospectif relatif aux douze mois précédant l'enquête, trouve une autre illustration dans la consommation médicale observée sur quatre semaines au cours de l'enquête : ainsi, 36 % des femmes contre 24 % des hommes ont vu un médecin sur la période – avec une faible différence chez les 60-74 ans (46 % contre 41 %) – et un écart maximal chez les 18-29 ans (32 % contre 16 %) (graphique 9).

Cette médicalisation plus importante des femmes peut être mise en rapport avec leur « surmorbidity » déclarée et la perception moins favorable qu'elles ont de leur état de santé. Les recours au médecin, induits, presque à tous les âges, par la prise en charge de la « fécondité » au sens large et incluant, entre autres, les suivis gynécologiques ou de grossesses, améliorent sans doute la connaissance qu'elles ont de leur état de santé et sont, par ailleurs, propices au diagnostic et à la prise en charge précoce de certains problèmes de santé. En ce sens, on pourrait alors parler, pour la population masculine, d'une « sous-médicalisation relative » incluant un moindre recours à la prévention¹². Cette sous-médicalisation des hommes, s'ajoutant aux comportements à risque qui leur sont propres, pourrait expliquer que les hommes déclarent à la fois moins de problèmes de santé et perçoivent leur santé de façon plus positive que les femmes, alors que leur espérance de vie est sensiblement plus courte (à 35 ans : 41 ans contre 48 ans pour les femmes, sur la période 1991-1999¹³).

11. Makdessi-Raynaud Y., « La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 », *Études et Résultats*, n° 385, mars 2005, Drees.

12. *Ibidem*.

13. Monteil Christian, Robert-Bobée Isabelle, « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes », *Insee Première*, n° 1025, juin 2005.



T
09 **proportion ayant eu recours à différents types de soins médicaux et ayant acheté des médicaments prescrits, selon les caractéristiques de morbidité**
en %

| | Vu le généraliste (12 derniers mois) | Vu le spécialiste (12 derniers mois) | Hospitalisé (12 derniers mois, accouchements exclus) | Vu le médecin (4 dernières semaines) | Acquis des médicaments avec ordonnance (2 dernières semaines) |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Aucune maladie chronique | 77,6 | 53,6 | 9,7 | 22,4 | 13,4 |
| Une maladie chronique | 89,3 | 65,0 | 14,2 | 35,0 | 25,7 |
| Plusieurs maladies chroniques | 95,7 | 72,8 | 20,8 | 51,4 | 38,6 |
| Pas de restriction d'activité | 83,0 | 58,4 | 10,3 | 22,9 | 19,8 |
| Restriction d'activité | 95,4 | 77,0 | 33,0 | 54,3 | 38,6 |
| Pas d'incapacité | 83,0 | 59,6 | 11,0 | 27,9 | 18,9 |
| Incapacité | 90,9 | 65,9 | 22,9 | 49,1 | 35,4 |
| Ensemble population | 84,7 | 60,9 | 13,5 | 32,4 | 22,4 |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

T
•10

quatre modèles d'analyse logistique sur le recours aux soins médicaux
exprimés en risques relatifs

| | Modèle 1 Vu le généraliste (12 derniers mois) | Modèle 2 Vu le spécialiste (12 derniers mois) | Modèle 3 Hospitalisé (12 derniers mois) | Modèle 4 Vu le médecin (4 dernières semaines) |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| Groupes d'âges | | | | |
| 18-29 ans | 1,06 | ns | 1,15 | ns |
| 30-44 ans | 1,03 | ns | 1,11 | ns |
| 45-59 ans | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| 60-74 ans | 1,04 | 0,93 | ns | 1,18 |
| 75 ans et plus | 1,12 | 0,92 | 1,22 | 1,25 |
| Genre | | | | |
| Hommes | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Femmes | 1,06 | 1,48 | ns | 1,40 |
| Maladie chronique | | | | |
| Aucune maladie | 0,81 | 0,76 | 0,81 | 0,67 |
| Une | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Plusieurs | 1,12 | 1,19 | 1,11 | 1,41 |
| Maladie autre que chronique | | | | |
| Aucune | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Présente | 1,13 | 1,34 | 1,54 | 1,52 |
| Restriction d'activité | | | | |
| aucune | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Présente | 1,07 | 1,31 | 2,15 | 1,31 |
| Incapacité | | | | |
| Aucune | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Présente | ns | ns | 1,21 | 1,27 |
| Niveau d'éducation | | | | |
| Aucun diplôme/CEP | 0,96 | 0,82 | ns | ns |
| BEPC, CAP, BEP | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Baccalauréat | ns | 1,14 | ns | ns |
| Enseignement supérieur | 0,95 | 1,29 | 0,87 | ns |
| Revenu du ménage | | | | |
| Moins de 6 600 € | 0,96 | 0,88 | ns | ns |
| De 6 600 à 10 000 € | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| De 10 000 à 17 600 € | 0,96 | 1,10 | ns | 1,09 |
| Plus de 17 600 € | 0,96 | 1,23 | ns | 1,12 |
| Activité économique | | | | |
| Actif occupé | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Chômeur | 0,95 | 0,91 | 1,22 | ns |
| Inactif | ns | ns | ns | ns |
| Santé perçue | | | | |
| Positive | Réf. | Réf. | Réf. | Réf. |
| Négative | 1,08 | 1,18 | 1,55 | 1,20 |
| Situation de référence | 81 % | 44 % | 8 % | 20 % |

Champ : France métropolitaine, population 18 ans et plus.
Source : Enquête décennale santé 2002-2003, Insee.

Une forte médicalisation en rapport avec la morbidité déclarée et la santé perçue, mais aussi avec les caractéristiques socioéconomiques des personnes

Globalement la présence d'une ou de plusieurs maladies chroniques, d'une restriction d'activité ou d'une incapacité augmente la fréquence de tous les types de recours aux soins des personnes concernées (tableau 9).

Ainsi, près du tiers des personnes déclarant une restriction d'activité (32 %) ont été hospitalisées au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, et plus de la moitié d'entre elles (54 %) ont eu recours à un médecin au cours des quatre semaines d'enquête.

De même, les personnes qui déclarent plusieurs maladies chroniques ont été souvent hospitalisées au cours des douze mois précédant l'enquête (20 %), et sont celles qui ont le plus fréquemment vu un médecin et acquis des médicaments sur ordonnance.

Cependant, à morbidité, âge et genre comparables, la perception de la santé et les caractéristiques socio-économiques influent aussi significativement sur la fréquence des recours aux soins (tableau 10).

Les différences socioéconomiques sont particulièrement marquées pour les recours à la médecine spécialisée : plus le revenu du ménage est faible et moins le niveau d'éducation des personnes est élevé, plus la probabilité qu'elles n'aient pas vu de spécialiste dans les douze mois ayant précédé l'enquête s'accroît (modèle 2, tableau 10). Certaines différences, bien que sensiblement moins marquées, sont également perceptibles concernant les recours au généraliste sur la même période de douze mois (modèle 1, tableau 10). Ceux-ci sont, comme les recours aux spécialistes, moins fréquents dans les ménages à faible niveau de revenu ou d'éducation, mais ils le sont également chez les plus éduqués et les plus aisés, ce qu'explique vraisemblablement leur fort recours à la médecine spécialisée. Par ailleurs, les personnes au chômage au moment de l'enquête ont sensiblement moins eu recours au médecin (généraliste et spécialiste) au cours des douze mois précédant l'enquête mais déclarent plus

fréquemment avoir été hospitalisées (modèles 1, 2 et 3, tableau 10).

Peu de différences, autres que celles relatives à l'état de santé, caractérisent en revanche les hospitalisations intervenues au cours des douze mois précédents, seules les personnes de niveau d'éducation supérieur y ayant eu significativement moins recours (modèle 3, tableau 10).

Enfin, sur la période d'enquête (quatre semaines consécutives), les personnes appartenant aux ménages disposant des revenus les plus élevés

ont significativement plus souvent consulté un médecin, généraliste ou spécialiste (modèle 4, tableau 10).

L'analyse des recours aux soins à partir des quatre modèles logistiques (tableau 10) montre par ailleurs que, indépendamment des caractéristiques des personnes, tous les types de recours aux soins, notamment les hospitalisations, sont d'autant plus fréquents que la perception de la santé est négative. La santé perçue semble donc bien, à cet égard, traduire une morbidité ressentie et non déclarée, un degré particulier de

gravité des problèmes rencontrés ou un mal-être spécifique. Elle s'avère donc un indicateur précieux dans l'analyse de la santé de la population.

En résumé, de nettes différenciations sociales existent donc en matière de recours aux soins. À état de santé qu'on peut *a priori* tenir pour « égal » (morbidity déclarée et santé perçue constantes), on ne se soigne pas de la même façon selon son revenu ou son éducation, à la fois pour ce qui est de la fréquence de recours aux soins que du type de soins consommés. ●

Vient de paraître

• Politiques sociales

Personnes âgées, logement social, politique d'emploi et RMI en Espagne, l'État providence scandinave

• Politiques sanitaires

Carnet de santé, hospitalisation à domicile

• Société

Militantisme maghrébin

Revue française des Affaires sociales

n° 3, juillet-septembre 2005, 59^e année

La Documentation française