



Études et Résultats

N° 717 • février 2010

Santé et recours aux soins des femmes et des hommes

Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008

En 2008, 67 % des femmes et 73 % des hommes âgés de 18 ans ou plus et vivant en France à leur domicile se considèrent en bonne ou très bonne santé, d'après l'enquête Handicap-Santé 2008 effectuée auprès des ménages. À partir de 75 ans, ils ne sont plus que 25 % à se déclarer en bonne ou très bonne santé et ils sont autant à se juger fortement limités dans leurs activités quotidiennes. Femmes et hommes ont des représentations différentes de la « bonne santé », mais quel que soit le sexe, se déclarer en bonne santé va de pair avec des conditions socioéconomiques ou professionnelles favorables. Tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes : elles sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes ou spécialistes et à recourir à la prévention. Elles sont également plus fréquemment hospitalisées avant 45 ans, notamment à l'occasion des grossesses et des accouchements. Après 65 ans en revanche, elles sont moins souvent hospitalisées que les hommes.

Alexis MONTAUT

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Ministère de la Santé et des Sports

Une santé perçue positive, chez les hommes plus que chez les femmes

Les personnes de 18 ans ou plus vivant chez elles (encadré 1) perçoivent leur santé de façon largement positive, les hommes en moyenne plus souvent que les femmes. Bien que très générale et subjective, la santé perçue est reconnue comme une mesure synthétique de l'état de santé. C'est un bon prédicteur de la mortalité et de la consommation de soins, même si les exigences et les représentations en matière de « bonne santé » diffèrent entre les deux sexes ou selon les caractéristiques individuelles, socioéconomiques et culturelles¹. En 2008, 67 % des femmes et 73 % des hommes de 18 ans ou plus se considéraient en bonne ou très bonne santé (graphique 1). Plus l'âge est avancé et plus la proportion de personnes qui se jugent en bonne santé diminue. Seul un quart des hommes et des femmes se disent en bonne ou très bonne santé après 75 ans.

Après 75 ans, une personne sur quatre se déclare fortement limitée dans les activités quotidiennes

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, une personne sur dix indique être fortement limitée depuis au moins 6 mois dans les

activités quotidiennes en raison d'un problème de santé. Jusqu'à 40 ans, seules 5 % des personnes interrogées se déclarent fortement limitées. Dans la deuxième moitié de la vie active, de 40 à 65 ans, cette proportion double, mais reste faible. En revanche, à partir de 65 ans, elle s'accroît nettement, chez les hommes comme chez les femmes : une personne sur quatre à 75 ans se déclare fortement limitée dans ses activités quotidiennes (graphique 2).

Se considérer en mauvaise santé va généralement de pair avec le fait de déclarer un problème de santé chronique. Parmi les personnes qui ne se considèrent ni en bonne ni en très bonne santé, 80 % des femmes et 82 % des hommes déclarent une maladie ou un problème de santé chronique ou durable, ce qui peut recouvrir des pathologies très diverses (asthme, séquelle permanente d'accident, diabète, cancer...).

Un état de santé perçu en adéquation avec les maladies et les limitations d'activité déclarées

La santé perçue est corrélée aux deux autres mesures, plus objectives, du mini-module européen (encadré 3) : avoir au moins une maladie ou un problème de santé chronique, et se déclarer limité dans les activités quotidiennes depuis au moins 6 mois.

1. Devaux, Jusot, Sermet, Tubeuf (2008).

ENCADRÉ 1

L'enquête Handicap-Santé 2008-2009

L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 succède aux enquêtes Décennale Santé 2003 et Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998. Pour la première fois les thèmes de la santé et du handicap sont associés. L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 comporte deux volets : l'un collecté entre avril et octobre 2008 auprès des personnes vivant en « ménages ordinaires », c'est-à-dire à leur domicile, l'autre collecté fin 2009 auprès des personnes résidant en institutions (maisons de retraite pour les personnes âgées, maisons d'accueil spécialisées pour les personnes en situation de handicap, centres d'hébergement et de réinsertion sociale...). Les résultats présentés ici sont issus uniquement des questions santé du volet « ménages », mais l'enquête permet aussi de décrire, en particulier pour les personnes en situation de handicap, leurs incapacités, l'accessibilité de leur logement, leur réseau social ou encore les aides techniques dont elles disposent.

L'enquête auprès des ménages s'appuie sur un échantillon de 28 500 individus, de tous âges, résidant en France métropolitaine et dans les DOM. Les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans cet échantillon grâce à une enquête-filtre préalable qui a permis de les repérer : l'enquête Vie quotidienne et santé¹.

L'entretien a été réalisé en face-à-face par des enquêteurs de l'INSEE, au domicile des personnes interrogées. Si l'état de santé d'une personne ne lui permettait pas de répondre à l'enquête par elle-même, un tiers pouvait répondre à sa place.

On ne peut rapprocher sans précaution les résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 avec ceux de l'enquête Santé 2003. D'une part, le protocole de collecte est différent. L'enquête Santé 2002-2003 n'autorisait pas le recours à un tiers et de nombreuses questions étaient administrées par auto-questionnaire ; les personnes en incapacité totale de répondre étaient donc exclues du champ en 2003. D'autre part, les formulations de certaines questions diffèrent entre 2008 et 2003.

À partir de l'enquête Handicap-Santé 2008, une première publication² a été réalisée par l'INSEE ainsi qu'une autre étude de la DREES, sur l'autonomie des adultes et personnes âgées³.

Une documentation régulièrement mise à jour est disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/handicap-sante.html>

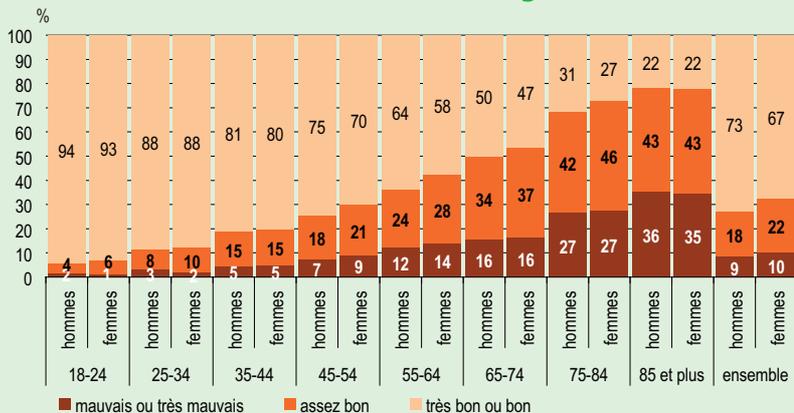
1. Midy L., 2009, « Enquête Vie quotidienne et santé, Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair », *INSEE Première*, n° 1254.

2. Bouvier G., « L'approche du handicap par les limitations fonctionnelles et la restriction globale d'activité chez les adultes de 20 à 59 ans », in INSEE, *France Portrait social*, novembre 2009, pp. 125-142.

3. Dos Santos S., Makdessi Y., 2010, « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 718, février.

GRAPHIQUE 1

État de santé général perçu : « Comment est votre état de santé en général ? »

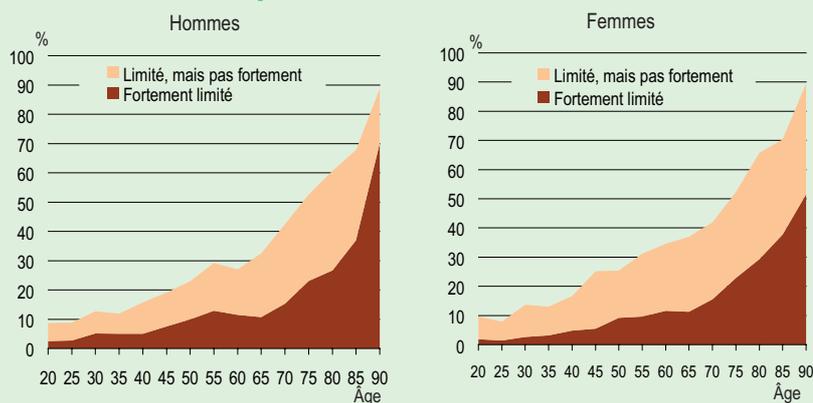


Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

GRAPHIQUE 2

Proportion de personnes déclarant être limitées dans les activités quotidiennes



Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

ENCADRÉ 2

Les indicateurs européens de santé

L'office européen de statistique, Eurostat, a lancé un projet d'harmonisation des statistiques de santé entre les pays européens. Le règlement-cadre communautaire n° 1338/2008 adopté en décembre 2008 définit les contours du futur système statistique européen de santé. Un règlement d'application sur l'enquête européenne déclarative sur la santé est en cours d'élaboration et devrait voir le jour en 2012. Les États-membres devront fournir régulièrement des données de santé déclaratives selon un protocole et un questionnaire harmonisés. Le questionnaire de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 est déjà très proche du futur questionnaire européen.

Les indicateurs de santé retenus par l'Union européenne couvrent la santé déclarée : le mini-module (encadré 3), les limitations physiques (difficultés à marcher, lever le bras...), sensorielles (difficultés de vue, d'audition) et les restrictions d'activité dans la vie quotidienne (difficultés à faire sa toilette, à s'habiller, à faire des courses). Ils couvrent également le recours aux soins : consultations de professionnels de santé, consommation de médicaments, dépistages. Ils couvrent enfin les déterminants de la santé : consommation d'alcool, de tabac, habitudes alimentaires, activité physique ou indice de masse corporelle (IMC).

Les personnes qui ne déclarent ni maladie chronique, ni limitations et se perçoivent en bonne ou très bonne santé recouvrent 50 % de la population et sont plutôt jeunes (40 ans en moyenne). 19 % de la population se perçoit également en bonne ou très bonne santé malgré la présence d'au moins une maladie ou un problème de santé chronique. Ce groupe, un peu plus âgé (de 49 ans en moyenne), se distingue par la nature des maladies déclarées : l'hypertension artérielle, les problèmes thyroïdiens, l'asthme, les rhinites allergiques, les maladies ou problèmes de peau y sont surreprésentés.

16 % de la population se démarque du groupe précédent en jugeant sa santé de façon négative. Ce groupe, âgé de 56 ans en moyenne, déclare davantage de lombalgies, un diabète ou une dépression chronique, mais ne se considère pas fortement limité dans les activités quotidiennes. Enfin, 8 % cumulent un problème de santé chronique et une limitation forte d'activité et jugent leur santé de façon négative. Ces personnes sont plus âgées (de 62 ans en moyenne) et déclarent plus de maladies cardiovasculaires ou respiratoires graves, de cancers ou de maladies de type Alzheimer.

La santé perçue dépend aussi de la représentation de la « bonne santé » que se fait la personne, de ses connaissances et exigences à cet égard, ainsi que des ressources dont elle dispose pour gérer sa santé. Elle comporte donc une dimension subjective. Ainsi, à état de santé comparable, les hommes, les personnes âgées et les plus aisés déclareraient leur état de santé de façon plus optimiste².

Les personnes socialement moins favorisées se déclarent en moins bonne santé

À sexe et âge identiques, les personnes dont les caractéristiques socioéconomiques sont défavorables (faibles revenus, faible niveau d'instruction) ou les personnes qui ne travaillent pas (personnes au chômage, hommes inactifs) se déclarent en moins bonne santé (modèle 1, tableau 1). Si des problèmes de santé plus importants touchent les moins

2. Devaux, Jusot, Sermet, Tubeuf (2008).

TABLEAU 1

Modèle d'analyse logistique sur la santé perçue (en risques relatifs)

Santé perçue bonne ou très bonne	Modèle 1		Modèle 2	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Age				
18-24	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
25-34	0,94 ***	0,96 ***	0,97 ***	0,98 ***
35-44	0,89 ***	0,91 ***	0,95 ***	0,97 ***
45-54	0,84 ***	0,84 ***	0,94 ***	0,95 ***
55-64	0,71 ***	0,76 ***	0,89 ***	0,92 ***
65-74	0,55 ***	0,71 ***	0,84 ***	0,90 ***
75-84	0,38 ***	0,50 ***	0,75 ***	0,84 ***
85 et plus	0,26 ***	0,44 ***	0,75 ***	0,88 ***
Maladie ou problème de santé chronique ou durable				
non			1 (ref)	1 (ref)
oui			0,77 ***	0,84 ***
Limitation dans les activités de la vie quotidienne				
Oui, fortement limité			0,51 ***	0,46 ***
Oui limité, mais pas fortement			0,80 ***	0,76 ***
Non, pas limité du tout			1 (ref)	1 (ref)
Région d'habitation				
Province	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Île-de-France	1,02 *	---	---	---
Composition familiale				
Personne seule	0,94 ***	---	0,98 **	1,02 **
Famille monoparentale	0,93 ***	---	---	---
Couple sans enfant	---	---	---	---
Couple avec enfant(s)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Autre type de ménage (cohabitation des grands-parents, autres...)	---	0,93 ***	---	0,98 *
Diplôme				
Diplôme du supérieur	1,07 ***	---	1,03 ***	---
Baccalauréat général, technique, professionnel	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
BEP, CAP	---	0,94 ***	---	0,97 ***
Brevet des collèges, BEPC, primaire ou sans diplôme	0,92 ***	0,86 ***	0,98 **	0,94 ***
Revenu net mensuel du ménage par unité de consommation				
1 ^{er} quart de revenu	0,87 ***	0,93 ***	0,95 ***	0,98 **
2 ^e quart de revenu	0,94 ***	0,95 ***	0,99 *	0,98 **
3 ^e quart de revenu	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
4 ^e quart de revenu	1,04 ***	1,06 ***	1,01 *	1,02 ***
Revenu non déclaré	---	1,03 *	---	---
RMI				
Non	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Oui	---	---	---	---
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteur	---	---	---	---
Artisan ou commerçant	---	---	---	---
Cadre	1,06 **	1,12 ***	1,03 **	1,03 ***
Profession Intermédiaire	---	---	---	---
Employé	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ouvrier	0,96 *	0,92 ***	---	0,98 *
Retraité	---	0,91 *	1,03 *	---
Autres (chômeurs n'ayant jamais travaillé, militaires du contingent ...)	---	0,90 **	1,03 *	0,95 *
Activité				
Actif occupé	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Étudiant	---	1,09 **	---	1,04 **
Chômeur	0,88 ***	0,95 **	---	---
Retraité	---	---	---	---
inactif, invalide du travail, personne handicapée ...	0,36 ***	0,50 ***	0,87 ***	---
Autre inactif (au foyer ...)	0,7 ***	---	0,72 ***	---
Couverture complémentaire				
Mutuelle, assurance	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
CMU-C	---	0,92 ***	---	0,96 ***
Aucune	1,03 *	0,95 ***	---	0,98 *
Probabilité de l'individu de référence de se percevoir en bonne santé	96,0%	95,1%	98,1%	97,8%

* : significatif 10 %

** : significatif 5 %

*** : significatif 1 %

--- : non significatif.

Lecture • Selon le modèle 1, un homme diplômé du supérieur a une probabilité de juger sa santé bonne ou très bonne multipliée par 1,07 (ou augmentée de 7 %) par rapport à un bachelier qui lui serait identique sur toutes les autres caractéristiques sociodémographiques.

Selon le modèle 2, un homme diplômé du supérieur a toujours une probabilité de se juger en bonne ou très bonne santé plus élevée qu'un bachelier (multipliée par 1,03) qui aurait toujours les mêmes caractéristiques sociodémographiques, mais aussi le même état de santé, résumé par le mini-module : maladies chroniques et limitations d'activité.

Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

favorisés socialement, les personnes en mauvaise santé rencontrent aussi plus de difficultés d'insertion ou des conditions d'emploi moins favorables sur le marché du travail. Ainsi, 9 femmes cadres sur 10 perçoivent leur santé comme bonne ou très bonne, contre 7 ouvrières sur 10. De même, pour les hommes, 7 chômeurs sur 10 perçoivent leur santé comme bonne ou très bonne, contre 8 actifs occupés sur 10.

À partir de 55 ans, l'état de santé déclaré des hommes se dégrade plus vite que celui des femmes. Les hommes de 75-84 ans sont trois fois moins nombreux à se percevoir en bonne ou très bonne santé que ceux de 18-24 ans, contre deux fois moins chez les femmes.

À état de santé comparable (résumé par les réponses aux questions du mini-module européen sur la présence d'au moins une maladie chronique et de limitations dans les activités quotidiennes), ces écarts de santé déclarée sont réduits mais restent significatifs (modèle 2, tableau 1). Ceci accrédi-terait le fait que les personnes dont la situation socioéconomique est favorable cumulent une vision plus optimiste de leur état de santé et un état de santé effectivement meilleur.

Les femmes semblent plus attentives à leur santé...

Les femmes déclarent recourir davantage aux pratiques de prévention

que les hommes. Certains actes de dépistage leur sont spécifiques, comme les frottis ou les mammographies. Elles sont également plus nombreuses à déclarer avoir déjà fait doser leur cholestérol, en partie en raison du suivi de la prise d'une pilule contraceptive. Dans la tranche d'âge des 25-34 ans par exemple, deux femmes sur trois ont déjà fait doser leur cholestérol, contre un homme sur trois. En outre, les femmes sont plus attentives à leur équilibre alimentaire et sont plus nombreuses à déclarer consommer au moins cinq fruits et légumes par jour. Les hommes en revanche pensent plus souvent à être à jour de leurs vaccinations (tableau 2).

... et déclarent recourir aux médecins généralistes plus fréquemment que les hommes

91 % des femmes et 84 % des hommes déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Jusqu'à 54 ans, la proportion de femmes qui déclare avoir consulté un généraliste est nettement plus élevée que celle des hommes, pour partie en raison des suivis médicaux liés à la contraception, la grossesse et la ménopause (graphique 3). À partir de 55 ans, la proportion d'hommes déclarant avoir consulté tend à rejoindre celle des femmes.

Les femmes déclarent aussi un plus grand nombre de consultations chez un généraliste

Non seulement les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois, mais celles qui y ont eu recours déclarent également un plus grand nombre de consultations (graphique 4). En raison des difficultés de mémorisation, le nombre de consultations déclaré sous-estime légèrement le nombre effectif de consultations qui peut être estimé à partir des données de l'assurance maladie, les évolutions étant cependant parallèles. Jusqu'à 64 ans, les femmes qui ont consulté ont eu en moyenne une visite de plus que les hommes, mais cet écart se resserre

■ TABLEAU 2

Proportion d'hommes et de femmes déclarant différentes actions de prévention (vaccins, dépistages, recommandations nutritionnelles)

Proportion qui déclare :	En %	
	Hommes	Femmes
• avoir eu une mammographie depuis moins de 2 ans (50-74 ans)	---	78
• avoir déjà eu un frottis	---	80
• avoir déjà fait doser son cholestérol	61	74
• consommer au moins 5 fruits et légumes par jour	15	22
• consomme 3 produits laitiers par jours (3 ou 4 chez les 55 ans et plus)	21	22
• avoir déjà fait mesurer sa tension par un professionnel de santé	96	98
• avoir déjà été vacciné contre l'hépatite B	33*	34*
• avoir déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du colon et du rectum (50 - 74 ans)	30*	29*
• avoir bénéficié d'un dépistage du cancer du colon et du rectum depuis moins de 2 ans (50 - 74 ans)	21*	20*
• avoir déjà eu une coloscopie (50 - 74 ans)	29*	30*
• avoir déjà été vacciné contre la grippe (65 ou plus)	74	69
• penser être à jour de ses vaccinations	72	69

* : différence hommes-femmes non significative

Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

■ ENCADRÉ 3

Le mini-module européen de santé

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit de manière « positive » l'état de santé, comme un état de bien-être complet qui ne se résume pas à l'absence de maladies ou de handicap. En particulier, la santé est caractérisée par l'intégrité anatomique, physiologique et mentale, la capacité à assurer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux, et l'absence de risques de maladie ou de décès prématuré.

Toutefois, dans la pratique, la plupart des mesures de l'état de santé sont des mesures « négatives » : on ne mesure pas la santé elle-même, mais les maladies, et leurs conséquences (déficiences, restrictions d'activité). On distingue trois types d'approche. Le mini-module européen, qui a vocation à être posé dans toutes les enquêtes européennes ayant trait à la santé, aborde chacune d'entre elles de façon simple.

• L'approche « subjective » s'appuie sur le ressenti de l'individu. Dans le mini-module : « Comment est votre état de santé en général ? Très bon - bon - assez bon - mauvais - très mauvais ».

• L'approche « médicale » définit le mauvais état de santé à partir de déclarations ou de diagnostics de maladies ou d'anomalies. Dans le mini-module : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? Oui - non ».

• L'approche « fonctionnelle » définit le mauvais état de santé comme les difficultés à assumer des tâches ou des rôles ordinaires à cause d'un problème de santé. Dans le mini-module : « Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? Oui, fortement limité - Oui, limité, mais pas fortement - Non, pas limité du tout ».

chez les plus âgés. Enfin, à partir de 55 ans la proportion de femmes et d'hommes qui déclarent avoir consulté un médecin généraliste s'accroît nettement, en même temps que le nombre moyen de visites.

Le recours au spécialiste augmente avec l'âge, notamment en cardiologie

Les différences de recours entre hommes et femmes sont encore plus marquées pour la médecine spécialisée : 71 % des femmes déclarent y avoir recouru au moins une fois au cours des 12 derniers mois (57 % si l'on exclut la gynécologie) contre 47 % des hommes (graphique 5). Comme pour la médecine générale, le recours à la médecine spécialisée augmente avec l'âge. Les consultations en cardiologie l'expliquent pour une grande part : 3 % des femmes et 2 % des hommes de 25 à 34 ans déclarent avoir consulté un cardiologue au cours des 12 derniers mois, contre 30 % des femmes et 40 % des hommes de 75 à 84 ans. Toutefois, le recours au médecin spécialiste est sous-déclaré dans ce type d'enquête comme le laisse supposer la confrontation avec les données correspondantes de l'assurance maladie. Pour les enquêtés, se représenter les différentes spécialités est en effet plus difficile que l'identification, plus simple, du généraliste. Cette difficulté de représentation est en outre d'autant plus forte que le niveau d'instruction de l'enquêté est faible³.

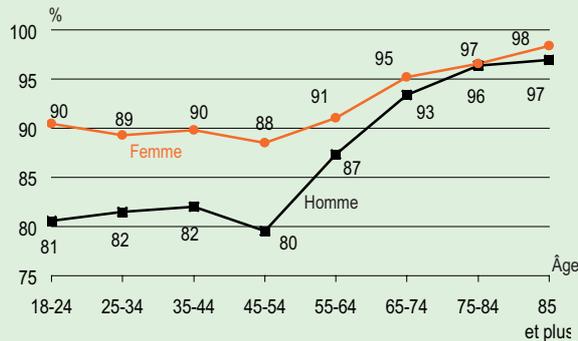
Les plus diplômés, les plus aisés et les mieux couverts déclarent davantage de recours aux spécialistes

À âge, situation familiale et état de santé comparables, les femmes et les hommes diplômés, à revenus élevés ou qui bénéficient d'une couverture complémentaire de santé déclarent plus fréquemment avoir consulté un médecin spécialiste (tableau 3). Ainsi, un bénéficiaire de la CMU-C ou d'une autre couverture complémentaire sur deux déclare avoir consulté un spécialiste au cours des 12 derniers mois, contre une personne sans couverture complémentaire sur trois. Cependant, les écarts de recours aux spécialistes entre groupes

3. Des travaux méthodologiques de l'IRDES établissent l'existence de biais de mémoire différenciés à partir de comparaisons entre déclarations des enquêtés et consultations effectivement remboursées par l'assurance maladie (à paraître).

GRAPHIQUE 3

Proportion de personnes déclarant avoir consulté un généraliste pour elles-mêmes au cours des 12 derniers mois

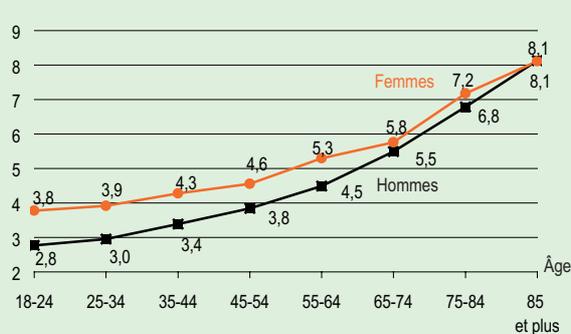


Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

GRAPHIQUE 4

Nombre moyen de recours au généraliste déclarés au cours des 12 derniers mois, pour la population ayant consulté au moins une fois

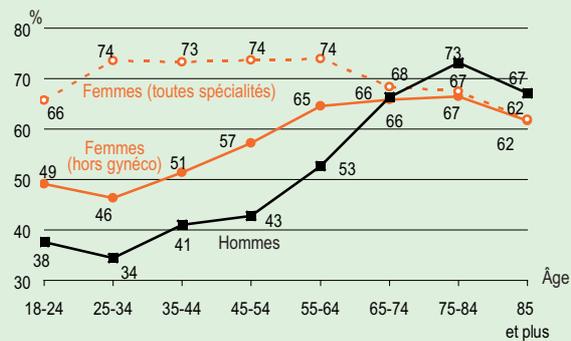


Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

GRAPHIQUE 5

Proportion de personnes déclarant avoir consulté au moins une fois un médecin spécialiste pour elles-mêmes au cours des 12 derniers mois

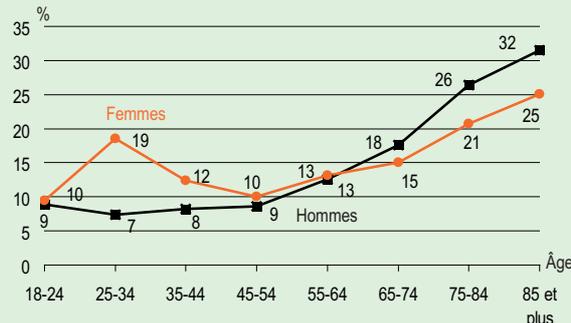


Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

GRAPHIQUE 6

Proportion de personnes ayant été hospitalisées au moins une nuit au cours des 12 derniers mois



Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans ou plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

TABLEAU 3

Recours au spécialiste et hospitalisations pour au moins une nuit. Modèle logistique

Recours au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Spécialiste (hors gynécologue)		Hospitalisation (au moins une nuit)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Âge				
18-24	---	---	1,64 ***	1,88 ***
25-34	0,88 *	0,83 ***	---	2,57 ***
35-44	---	0,91 **	---	1,39 ***
45-54	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
55-64	---	1,12 ***	---	---
65-74	1,27 **	1,15 **	---	---
75-84	1,38 ***	---	1,7 **	---
85 et plus	---	---	---	---
État de santé général				
Très bon ou bon	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Assez bon	1,25 ***	1,22 ***	1,36 ***	1,5 ***
Mauvais ou très mauvais	1,67 ***	1,35 ***	2,05 ***	2,23 ***
Au moins une maladie ou problème de santé chronique				
Non	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Oui	1,55 ***	1,29 ***	1,56 ***	---
Limité dans les activités quotidiennes				
Oui, fortement	1,62 ***	1,27 ***	3,34 ***	2,61 ***
Oui, mais pas fortement	1,47 ***	1,18 ***	1,81 ***	1,89 ***
Non pas du tout	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Milieu d'habitation				
Urbain	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Périurbain	---	0,93 **	---	---
Rural	---	0,92 **	---	---
Densité de spécialistes par habitants				
10 départements les plus denses en spécialistes	1,18 ***	---	---	---
10 départements les moins denses en spécialistes	---	---	---	---
Autres départements	1 (ref)	1 (ref)	---	---
Composition familiale				
Personne seule	---	0,92 **	1,28 *	0,65 ***
Famille monoparentale	0,87 *	0,9 **	---	0,76 **
Couple sans enfant	1,13 **	0,92 **	---	0,62 ***
Couple avec enfant(s)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Autre type de ménage (cohabitation des grands-parents, autres...)	1,19 *	---	---	---
Diplôme				
Diplôme du supérieur	---	---	---	---
Baccalauréat général, technique, professionnel	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
BEP, CAP	0,83 ***	0,83 ***	---	---
Brevet des collèges, BEPC, primaire ou sans diplôme	0,74 ***	0,7 ***	1,29 *	---
Revenu net mensuel du ménage par unité de consommation				
1 ^{er} quart de revenu	0,84 ***	0,89 ***	---	---
2 ^e quart de revenu	---	---	---	---
3 ^e quart de revenu	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
4 ^e quart de revenu	1,12 **	1,15 ***	1,24 *	---
Revenu non déclaré	---	0,9 **	1,42 **	0,74 **
RMI				
Non	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Oui	0,72 **	---	---	0,69*
Catégorie Socioprofessionnelle				
Agriculteur	---	---	---	---
Artisan ou commerçant	0,85 *	---	---	1,66 *
Cadre	---	---	---	---
Profession Intermédiaire	---	---	---	---
Employé	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ouvrier	---	0,89 *	---	---
Retraité	---	0,75 **	---	---
Autres (chômeurs n'ayant jamais travaillé, militaires du contingent...)	---	0,75 **	---	---
Activité				
Actif occupé	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Étudiant	---	1,22 **	---	0,51 *
Chômeur	---	---	---	---
Retraité	---	1,24 **	---	---
Au foyer	---	---	---	---
Autre inactif (personne handicapée...)	---	1,43 ***	---	---
Couverture complémentaire				
Mutuelle, assurance	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
CMU-C	0,81 **	---	1,39 *	1,41 **
Aucune	0,63 ***	0,71 ***	0,78 *	---
Probabilité de l'individu de référence	33,0 %	53,4 %	3,0 %	5,9 %

* significatif 10 % ; ** significatif 5 % ; *** significatif 1 % ; --- non significatif.

Lecture • À caractéristiques sociodémographiques et état de santé (résumé par le mini-module) identiques, les hommes de 18 à 24 ans ont une probabilité d'avoir été hospitalisé pour au moins une nuit au cours des 12 derniers mois multipliée par 1,64 (ou augmentée de 64 %) par rapport aux hommes de 45 à 54 ans.

Champ • France métropolitaine et DOM, 18 ans et plus vivant à leur domicile, en 2008.

Sources • INSEE, enquête Handicap-Santé 2008, volet « ménages ».

sociaux doivent être interprétés avec prudence, une partie pouvant s'expliquer là encore par des représentations différentes de ce qu'est un médecin spécialiste. Par ailleurs, le recours au spécialiste semble d'autant plus fréquent que l'offre de soins est importante : les hommes résidant dans des départements à forte densité de spécialistes déclarent ainsi plus fréquemment en avoir consulté un au cours des 12 derniers mois.

À partir de 65 ans les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes

À partir de 65 ans, les hommes déclarent plus fréquemment avoir été hospitalisés que les femmes (graphique 6), notamment pour des maladies de l'appareil circulatoire⁴. Mais dès 55 ans la proportion de personnes qui déclarent avoir été hospitalisées s'accroît nettement, et plus chez les hommes, pour des pathologies souvent liées à des consommations excessives d'alcool ou de tabac⁵. En revanche, avant cet âge, les différences entre hommes et femmes en matière d'hospitalisation renvoient essentiellement au suivi des grossesses, avec un « pic » entre 25 et 34 ans : dans cette tranche d'âge, 19 % des femmes déclarent avoir été hospitalisées au cours des 12 derniers mois pour au moins une nuit contre 7 % des hommes. Ces déclarations sont concordantes avec les résultats obtenus à partir de sources médico-administratives comme le PMSI⁶.

À état de santé identique selon le mini-module européen, les hommes de 18 à 24 ans sont significativement plus nombreux à déclarer avoir été hospitalisés que leurs aînés (tableau 3). Le fait que les jeunes hommes aient davantage de conduites à risques et pratiquent plus de sport à ces âges pourrait en constituer une explication⁷. En effet, 8 % des hommes de 18-24 ans déclarent avoir été victimes d'un accident de la vie courante (de type chute, coup, brûlure, intoxication...) au cours des 3 mois précédents l'enquête, et ayant entraîné le recours à un professionnel de santé, soit deux fois plus que les 45-54 ans par exemple. Mais de tels accidents ne s'accompagnent pas nécessairement d'une mauvaise santé déclarée à travers le mini-module.

4. Mouquet (2005).

5. Mouquet (2005).

6. PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information.

7. Mouquet (2005).

Pour en savoir plus

- Camirand J., Sermet C., Dumitru V., Guillaume S., 2009, « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 142, mai.
- Devaux M., Jusot F., Sermet C., Tubeuf S., 2008, « Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé », in *État de santé – quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale santé*, *Revue française des Affaires sociales*, La Documentation française, n° 1, p. 29-47.
- Dourgnon P., Jusot F., Sermet C., Silva J., 2008, « La santé perçue des immigrés en France – une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 133, juillet.
- DREES, 2009, *L'état de santé de la population en France, rapport 2008 – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique*, Collection Études et Statistiques.
- DREES, 2009, *La santé des femmes en France*, Collection Études et Statistiques, La Documentation française.
- Kambia-Choppin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T., 2008, « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 132, mai.
- Makdessi-Raynaud Y., Lanøë J.-L., 2005, « L'état de santé en France en 2003 – santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé », *Études et Résultats*, DREES, n° 436, octobre.
- Makdessi-Raynaud Y., 2005, « La prévention : perceptions et comportements – premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 385, mars.
- Midy L., 2009, « Enquête Vie quotidienne et santé – Limitations dans les activités et sentiment de handicap ne vont pas forcément de pair », *INSEE Première*, n° 1254, août.
- Mouquet M.-C., 2005, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 444, novembre.